



## 18747 - Restenosis posAngioplastia y *stenting* carotídeo (registro RECAST): desarrollo de un nomograma de predicción de riesgo para la restenosis *intrastent*

Zapata Arriaza, E.<sup>1</sup>; Ainz Gómez, L.<sup>1</sup>; Baena Palomino, P.<sup>1</sup>; Medina Rodríguez, M.<sup>1</sup>; Aguilar Pérez, M.<sup>2</sup>; de Albóniga-Chindurza Barroeta, A.<sup>2</sup>; Andrade Ruiz, H.<sup>3</sup>; Zamora Piñero, A.<sup>4</sup>; Cabezas Rodríguez, J.<sup>5</sup>; Delgado Acosta, F.<sup>6</sup>; Ochoa Sepúlveda, J.<sup>7</sup>; González Delgado, M.<sup>8</sup>; Murias, E.<sup>9</sup>; Gil, J.<sup>10</sup>; Gil, R.<sup>11</sup>; Mosteiro, S.<sup>12</sup>; Fernández Couto, M.<sup>13</sup>; Fernández de Alarcón, L.<sup>14</sup>; Ramírez Moreno, J.<sup>15</sup>; Luna, A.<sup>16</sup>; Gil, A.<sup>17</sup>; Alcázar, P.<sup>18</sup>; González García, A.<sup>19</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; <sup>2</sup>Servicio de Neurorradiología Intervencionista. Hospital Virgen del Rocío; <sup>3</sup>Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla (FISEVI). Instituto de Investigación Biomédica de Sevilla.; <sup>4</sup>Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla. Instituto de Investigación biomédica de Sevilla. IBIS; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío; <sup>6</sup>Servicio de Neurorradiología Intervencionista. Complejo Hospitalario Reina Sofía; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Reina Sofía; <sup>8</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; <sup>9</sup>Servicio de Neurorradiología Intervencionista. Hospital Universitario Central de Asturias; <sup>10</sup>Servicio de Neurorradiología Intervencionista. Hospital Clínico Universitario de Valencia; <sup>11</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valencia; <sup>12</sup>Servicio de Neurorradiología Intervencionista. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; <sup>13</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; <sup>14</sup>Servicio de Neurorradiología Intervencionista. Hospital Infanta Cristina; <sup>15</sup>Servicio de Neurología. Hospital Infanta Cristina; <sup>16</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces; <sup>17</sup>Servicio de Neurorradiología Intervencionista. Hospital Universitario de Cruces; <sup>18</sup>Servicio de Neurorradiología Intervencionista. Hospital Universitario Virgen de las Nieves; <sup>19</sup>Servicio de Neurorradiología Intervencionista. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío.

### Resumen

**Objetivos:** El beneficio a largo plazo de la angioplastia y *stenting* carotídeo (ASC) puede reducirse por las complicaciones clínicas relacionadas con la restenosis *intrastent* (RIS). Nuestro objetivo es proponer un nomograma para la evaluación del riesgo individual de RIS &gt; 70% pos-ASC.

**Material y métodos:** Se analizaron pacientes con estenosis carotídea sometidos a ASC incluidos en un registro multicéntrico prospectivo nacional entre enero de 2015-diciembre de 2020. Se compararon factores preoperatorios entre los grupos no RIS/RIS. Se realizó análisis de supervivencia mediante Kaplan-Meier y regresión de Cox para elaborar el modelo predictivo y el Nomograma de RIS &gt; 70%. El nomograma fue formulado y validado por índices de concordancia (índice-C) y curvas de calibración.

**Resultados:** Se incluyeron 354 pacientes en el análisis. La tasa de RIS &gt; 70% fue del 7,6% (N = 27). La regresión de Cox identificó como predictores independientes de RIS &gt; 70% la presencia de arteriopatía periférica (Hazard Ratio [HR] = 3,03, IC95% [1,16-7,76], p = 0,023), una vasorreactividad patológica por doppler (HR = 5,87, IC95% [2,34-14,72], p < 0,001) se asoció con mayores tasas de ictus ipsilateral durante el seguimiento (16 vs. 1,5%, p < 0,001).

**Conclusión:** En nuestro estudio la presencia de arteriopatía periférica, vasorreactividad patológica y la ausencia de ACoA identificó a pacientes con elevado riesgo de RIS &gt; 70%. El nomograma obtenido identifica a pacientes con mayor riesgo de RIS desde el inicio, con el fin de mejorar el seguimiento clínico de los pacientes tratados con ASC.