



19507 - Propuesta de clasificación arterial operativa para tratamiento endovascular utilizando TC perfusión: clasificación CAOVA

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

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; ²Servicio de Neurología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla;

³Servicio de Radiología Intervencionista. Hospital Universitario de la Princesa; ⁴Servicio de Radiología. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid.

Resumen

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-carotidea. Se realizó una reclasificación 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).

Conclusión: 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.