



## 20559 - COMPARACIÓN ENTRE ANTIAGREGACIÓN AGRESIVA Y CONVENCIONAL EN LA IMPLANTACIÓN DE STENT CAROTIDEO DURANTE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA. ENTRE LA OCLUSIÓN Y LA HEMORRAGIA

Bonilla Tena, A.<sup>1</sup>; Lera Ramírez, I.<sup>1</sup>; García Pastor, A.<sup>1</sup>; Seoane, D.<sup>2</sup>; Calleja, P.<sup>2</sup>; Ostos, F.<sup>2</sup>; de Celis, E.<sup>3</sup>; Gómez Escalonilla, C.<sup>4</sup>; Pérez Gil, D.<sup>5</sup>; Vera Lechuga, R.<sup>5</sup>; Moreno, C.<sup>5</sup>; Fernández Ferro, J.<sup>6</sup>; Montalvo Moraleda, M.<sup>6</sup>; Roa Escobar, J.<sup>7</sup>; García Torres, A.<sup>7</sup>; Navas Vinagre, I.<sup>7</sup>; Escolar Escamilla, E.<sup>8</sup>; Terrero Carpio, R.<sup>8</sup>; Martín Ávila, G.<sup>8</sup>; Vales Montero, M.<sup>1</sup>; Iglesias Mohedano, A.<sup>1</sup>; Simal Hernández, P.<sup>4</sup>; López-Frías López-Jurado, A.<sup>4</sup>; Gil Núñez, A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; <sup>8</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe.

### Resumen

**Objetivos:** Desconocemos cuál es la estrategia antiagregante más adecuada en la implantación de *stent* carotídeo durante la trombectomía mecánica (TM). Analizamos la tasa de oclusión/reestenosis precoz (48 horas), hemorragia intracraneal sintomática (HICS) e independencia funcional a 3 meses (escala Rankin modificada [ERm] 0-2) en pacientes tratados con TM + implantación de *stent* (TM + *stent*) en función de la estrategia antiagregante utilizada durante el procedimiento.

**Material y métodos:** Registro multicéntrico de pacientes con ictus isquémico tratados con TM + *stent* entre 2019-2023. Recogimos variables demográficas, características del ictus, tratamiento, complicaciones y ERm a 3 meses.

**Resultados:** 310 pacientes, 215 varones (69,4%), edad media 67,1 (DE 12,8), NIHSS basal 16 (RIC: 9-20), ASPECTS basal 9 (7-10), 128 recibieron trombólisis IV (41,3%). 96 recibieron antiagregación agresiva (75 antagonistas GPIIb-IIIa ± AAS, 21 clopidogrel o ticagrelor ± AAS) y 209 tratamiento convencional (191 AAS, 18 ningún tratamiento). Se produjo oclusión/reestenosis precoz en 43 pacientes (14,9%), 18 (5,8%) sufrieron HICS y 152 (55,3%) alcanzaron ERm 0-2. La estrategia antiagregante no modificó el riesgo de oclusión/reestenosis precoz: OR para antiagregación agresiva 1,43 (IC95% 0,72-2,81), p = 0,308, ni de HICS: OR 0,60 (0,19-1,88), p = 0,383. La antiagregación agresiva se asoció a una mayor probabilidad de ERm 0-2: OR 1,80 (1,06-3,04), p = 0,028, pero el efecto desapareció tras ajustar por edad, NIHSS basal, trombólisis y HICS.

**Conclusión:** En esta serie la tasa de oclusión/reestenosis precoz del *stent* fue elevada. La antiagregación agresiva durante el procedimiento no redujo el riesgo oclusión/reestenosis pero tampoco aumentó el riesgo de HICS. La estrategia antiagregante no parece tener impacto en el pronóstico funcional a 3 meses.