



Neurology perspectives



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

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