



Neurology perspectives



22056 - PREDICTORES DE RECANALIZACIÓN FÚTIL EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO TRATADO CON TROMBECTOMÍA MECÁNICA Y ANTECEDENTE DE CÁNCER: PROYECTO CACTUS

Villar Rodríguez, C.¹; Villagrán Sancho, D.¹; Manzano Hernández, L.¹; Medina Rodríguez, M.¹; Hermosín Gómez, A.¹; Ainz Gómez, L.¹; Baena Palomino, P.¹; Pardo Galiana, B.¹; Cabezas Rodríguez, J.¹; de Albóniga Chindurza, A.²; Aguilar Pérez, M.³; González García, A.²; Andrade, H.⁴; Zamora Piñero, A.⁵; Gil González, L.⁶; Moniche, F.¹; Zapata Arriaza, E.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío; ²Servicio de Neurorradiología Intervencionista. Hospital Universitario Virgen del Rocío; ³Servicio de Estadística. Instituto de Biomedicina de Sevilla; ⁴Laboratorio de Neurovascular. Instituto de Biomedicina de Sevilla; ⁵Instituto de Biomedicina de Sevilla.

Resumen

Objetivos: Desarrollar un modelo predictivo de recanalización fútil (RF) tras trombectomía mecánica (TM) en pacientes con antecedente de neoplasia e ictus isquémico, representado mediante nomograma clínico y escala predictora.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de pacientes tratados con TM en nuestro centro (2021-2023), incluidos en el registro prospectivo ARTISTA. Análisis estadístico univariante para cribado de variables, regresión Lasso para selección de predictores y análisis multivariante ajustado con regresión logística y validación interna. Conversión de los resultados a sistema de puntuación para la construcción de un nomograma clínico.

Resultados: De 1.582 TM realizadas en nuestro centro, 203 (12,8%) pacientes presentaban antecedente neoplásico, en su mayoría mujeres (62,6%). En este grupo el porcentaje de RF fue 36,5%, mientras que en los pacientes sin este antecedente fue 28,8% ($p = 0,032$). Como variables predictoras de recanalización fútil en este subgrupo encontramos: toma de estatinas ($OR = 2,7$, IC95% [1,3-5,7]; $p = 0,009$); metástasis ($OR = 5,23$, IC95% [1,8-17,3]; $p = 0,004$); quimioterapia activa ($OR = 4,5$, IC95% [1,2-20,8]; $p = 0,035$); NIHSS al ingreso ($OR = 1,09$, IC95% [1,03-1,15]; $p = 0,0026$); mRs basal ($OR = 2,1$, IC95% [1,4-3,2]; $p < 0,001$); ratio neutrófilo-linfocito (NLR) ($OR = 1,1$, IC95% [1,4-3,2]; $p = 0,0088$) y edad ($OR = 1,03$, IC95% [0,99-1,07]; $p = 0,122$). Los resultados en el test de Hosmer-Lemeshow ($p = 0,311$) y la curva ROC ($AUC = 0,82$, IC95% [0,76-0,88]) indicaron una buena calibración y capacidad discriminativa del modelo. Transformamos estos resultados en un nomograma clínico que permite predecir la RF (10-90%) según las variables anteriores.

Conclusión: Los pacientes con antecedente neoplásico presentan mayor riesgo de RF, lo que se traduce en peor pronóstico funcional y mayor mortalidad tras TM, sin guías específicas para su manejo. Se presenta la primera escala clínica que identifica factores predictivos de recurrencia, facilitando un tratamiento más personalizado.