

Objetivos: Las fistulas durales tentoriales son una patología infrecuente a menudo presentada en la literatura como casos aislados o series pequeñas. Analizamos todos los casos tratados mediante abordaje endovascular en un centro de alto volumen.

Material y métodos: Recogemos características clínicas y angiográficas de todos aquellos pacientes con fistula dural tentorial que fueron tratados en los últimos 10 años en nuestro centro.

Resultados: Se trataron 25 pacientes, 6 (24%) mujeres, con una mediana de edad de 63 años. El síntoma más frecuente fue cefalea en 19 (76%) de ellos, seguido de paresia 5 (20%) y epilepsia 4 (16%). La forma de presentación fue hemorrágica en 14 (56%), necesitando drenaje ventricular en 4 (16%). Las localizaciones fueron tentorio 14 (56%), torcular 4 (16%), petrosal 4 (16%), galénica 2 (8%) e incisural 1 (4%). El tipo de Cognard más frecuente fue 4 en 20 (80%) de los casos, objetivándose aneurismas de flujo en 5 (20%) y presencia de trombosis venosa en 20 (80%). Se consiguió la oclusión completa de la fistula en 19 (76%) pacientes, sin ninguna recurrencia. En 4 (16%) pacientes se llevó a cabo también un abordaje venoso, siendo el acceso más utilizado la meníngea media en 18 (72%) casos. Los resultados a un año fueron mRS 0-2 (76%), mRS 3-5 (12%), mRS 6 (12%).

Conclusión: El tratamiento endovascular en la fistula dural tentorial es factible, eficaz y con buenos resultados clínicos en centros con alto volumen de tratamiento.

19523. RACE-PLUS: UN ALGORITMO BASADO EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA MEJORA DEL TRIAJE PREHOSPITALARIO DE PACIENTES CON ICTUS

Menéndez Albarracín, A.; Gomis Cortina, M.; Hernández Pérez, M.; Millán Torné, M.; Bustamante Rangel, A.; Martínez Sánchez, M.; Dorado Boix, L.; García Amor, G.; Yugueros Baena, B.; Rabaneda Lombarte, N.; Cabib, C.; Pérez de la Osa, N.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

Objetivos: Las escalas prehospitalarias para identificar ictus agudo con oclusión de gran vaso (OGV) han demostrado poca especificidad para la sensibilidad requerida. Nuestro objetivo es desarrollar una nueva herramienta clínica basada en inteligencia artificial (IA) para mejorar la precisión diagnóstica.

Material y métodos: Se ha utilizado el registro prospectivo de activación de Código Ictus de Cataluña (CICAT). El diagnóstico definitivo se clasificó en OGV, hemorragia y otros (isquémico sin oclusión, AIT y mimic). Se construyeron diferentes algoritmos de IA utilizando la escala RACE y añadiendo otras variables clínicas a nivel prehospitalario (RACE-Plus). La muestra fue dividida en datasets para fase de desarrollo (70%) y validación (30%). Se comparó el rendimiento de siete algoritmos con el uso de regresión lógica clásica, comparando el área bajo la curva (ABC) para predecir OGV de los algoritmos contra la escala RACE. Se calculó la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN para cada categoría diagnóstica.

Resultados: Se incluyeron 731 pacientes. El método Random Forest demostró la mayor ABC (0,68 vs. 0,59) y precisión (57,7 vs. 49,2%). RACE-Plus consiguió alta sensibilidad para el diagnóstico de OGV con baja especificidad (S 0,88 y E 0,18). Por el contrario, mostró alta especificidad para el diagnóstico de hemorragia (E 98%) y otros diagnósticos (E 99%). Se está desarrollando una calculadora web (App RACE-plus), para predecir el subtipo de ictus.

Conclusión: RACE-Plus es una herramienta que mejora el rendimiento predictivo de las escalas existentes, permitiendo identificar OGV y descartar otros diagnósticos. Más estudios son necesarios para mejorar el rendimiento de una clasificación que agrupe otros diagnósticos.

Enfermedades cerebrovasculares II

19276. TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD LEVE-MODERADA PREVIA A ICTUS ISQUÉMICO

Elosua-Bayes, I.¹; Requena, M.²; Rubiera, M.²; de Dios Lascuevas, M.³; García-Tornel, A.²; Olivé-Gadea, M.²; Diana, F.³; Rizzo, F.²; Muchada, M.²; Rodríguez-Villatoro, N.²; Rodríguez-Luna, D.²; Juega, J.²; Pagola, J.²; Rodrigo-Gisbert, M.²; Hernández, D.³; Molina, C.²; Tomasello, A.³; Ribo, M.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron;

²Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron;

³Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: Evaluar la evolución de pacientes con ictus isquémico con discapacidad leve-moderada previa (modified Rankin scale, mRS 2-3) tratados mediante tratamiento endovascular (TEV), identificando predictores de buena respuesta.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron los pacientes tratados mediante TEV, evaluando el mRS inicial y a los 90 días. Se definió buena evolución si el mRS a los 90 días era igual o incrementó en un punto. Se realizó una regresión logística con las variables edad, sexo, tiempo de revascularización desde inicio de clínica, Alberta Stroke Program Early CT Score (ASPECTS), tratamiento fibrinolítico previo, número de pases, National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) inicial y grado de revascularización (expanded Thrombolysis in Cerebral Infarction, eTICI).

Resultados: Se incluyeron 325 pacientes, 208 con mRS inicial de 2 y 117 con mRS 3. A los 90 días, el 46,6% (n = 97) de los pacientes con un mRS inicial de 2 (24,5%, n = 51, mRS 2; 22,1%, n = 46, mRS 3) y el 46,1% de mRS 3 (22,2%, n = 26, mRS 3; 23,9%, n = 28, mRS 4) presentaron una buena evolución. Las variables ASPECTS, número de pases y NIHSS inicial predijeron de manera estadísticamente significativa la evolución (OR = 1,43, IC95%: 1,09-1,93; OR = 0,72, IC95%: 0,53-0,97; OR = 0,87, IC95%: 0,81-0,92; respectivamente).

Conclusión: Aproximadamente la mitad de los pacientes con discapacidad leve-moderada previa muestran una buena evolución clínica tras TEV. Un ASPECTS inicial elevado, menor número de pases y menor NIHSS inicial son predictores de no empeoramiento de discapacidad.

18679. DIAGNÓSTICO DEL ICTUS ISQUÉMICO DE GRAN VASO RELACIONADO CON ATEROMATOSIS INTRACRANEAL ANTES DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR

Rodrigo Gisbert, M.¹; García-Tornel García-Camba, Á.¹; Requena, M.¹; Rubiera del Fuego, M.¹; de Dios Lascuevas, M.²; Olivé Gadea, M.¹; Piñana, C.²; Rizzo, F.¹; Muchada, M.¹; Rodríguez Villatoro, N.¹; Rodríguez Luna, D.¹; Juega, J.¹; Pagola, J.¹; Hernández, D.²; Molina, C.¹; Tomasello, A.²; Ribo, M.¹

¹Unidad de Ictus. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ²Unidad de Neurointervencionismo. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: El diagnóstico del ictus isquémico con oclusión de gran vaso relacionada con ateromatosis intracraneal (ICAD-LVO) antes del tratamiento endovascular (TEV) sigue siendo un desafío. El objetivo fue analizar las variables clínico-radiológicas basales asociadas a ICAD-LVO con la finalidad de optimizar la estrategia endovascular.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con oclusión de gran vaso de circulación anterior (ACI, ACM-M1,2) tratados mediante TEV desde enero-2020 hasta abril-2022. Se definió ICAD-LVO como estenosis residual significativa o tendencia a la reoclusión durante el TEV. Se analizaron las variables clínico-radiológicas basales asociadas con ICAD-LVO. Se evaluó el valor diagnóstico del modelo de regresión multivariado y una escala ponderada para diagnosticar ICAD-LVO antes del TEV.

Resultados: De 338 pacientes, 28 pacientes (8,3%) presentaron ICAD-LVO. La ausencia de fibrilación auricular (OR 10,19, IC95% 1,12-86,6; p = 0,033), menor ratio de intensidad de hipoperfusión (HIR [Tmax > 10 s/Tmax > 6 s], OR 0,02, IC95% 0,00-0,41; p = 0,013), calcifi-

ficción arterial sintomática (CAS, OR 6,94, IC95% 1,69-28,45; p = 0,007), presencia de una oclusión más proximal (ACI, ACM-M1: OR 3,16, IC95% 1,03-9,67; p = 0,044) y tabaquismo (OR 3,26, IC95% 1,21-8,75; p = 0,019) se asociaron con ICAD-LVO. Una escala ponderada basada en las covariables [HIR (3 puntos), ausencia de fibrilación auricular (2p), CAS (1p), localización de la oclusión (1p) y tabaquismo (1p)] predijo ICAD-LVO con buena precisión (AUC = 0,88, IC95% 0,83-0,94; p < 0,001).

Conclusión: La combinación de variables clínico-radiológicas disponibles antes del TEV puede predecir con precisión ICAD-LVO. La escala-ICAD podría ser útil para realizar una evaluación rápida de la etiología subyacente y sugerir medidas específicas basadas en la fisiopatología (tratamiento farmacológico adyuvante, angioplastia y/o stent intracraneal).

19827. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL TROMBO: ASOCIACIÓN CON EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN EL ICTUS POR OCLUSIÓN DE ACM

Iriarte Uribe-Echeverría, P.¹; Molina, C.²; Somovilla, A.¹; Paños, P.¹; Romero, C.¹; Sánchez, C.¹; Berbegal, R.¹; Lorenzo, A.¹; Valiente, E.¹; Vega Villar, J.²; Ramos, C.¹; Alonso, J.¹; Vivancos, J.¹; Trillo, S.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa;

²Servicio de Radiología. Hospital Universitario de la Princesa.

Objetivos: Las características físicas del trombo como su longitud (LT) y permeabilidad al contraste (PT) podrían asociarse con el resultado del tratamiento endovascular (TE) en el ictus por oclusión de ACM. Hemos estudiado la asociación de ambas variables con las características del TE, así como su posible asociación con el grado de circulación colateral (CC). **Material y métodos:** Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos. Se incluyeron los pacientes con oclusión de ACM (TCarotidea/M1) tratados mediante TE en nuestro centro durante 2019-2022. La LT se estimó en fase tardía de la TC perfusión. La PT se calculó con una técnica dinámica, sustrayendo el promedio de Unidades Hounsfield (HU) de la hiperdensidad de ACM entre la TC basal y la fase tardía de la TC perfusión. La CC se estimó mediante software RAPID (parámetro HIR). Se definió la variable trombo penetrable (T-PEN) como de baja LT (< 5 mm) y alta PT (> 13 HU).

Resultados: Se incluyeron 174 pacientes. La LT mediana fue 10 mm [RIC 7-13], la PT mediana 13 HU [RIC 5-24]. Se identificó correlación significativa entre LT y PT ($\rho = -0,21$; p 0,01). Los trombos de alta permeabilidad (> 13 HU) asociaron menor NIHSS pretratamiento (p = 0,02), menor duración de TE (p < 0,01), menor número de pasos (p < 0,01), menor core de infarto (rCBF < 30%; p = 0,03) y mejor CC (p = 0,03). La LT > 10 mm se asoció a mayor core de infarto (rCBF < 30%; p = 0,04) y peor CC (p < 0,01). El T-PEN se asoció a mayor probabilidad de recanalización, TICI > 2a (p < 0,01).

Conclusión: En nuestro estudio, características físicas del trombo, como la PT y la LT, podrían predecir la dificultad técnica del TE en el ictus de ACM. La asociación de estos factores con la CC sugiere que el flujo colateral retrógrado podría afectar a la permeabilidad y longitud.

18901. COMPARATIVA DE DOS PROTOCOLOS DE MANEJO DE LA TENSIÓN ARTERIAL TRAS LA RECANALIZACIÓN COMPLETA (TICI2C-3)

Sánchez Boyero, M.¹; Portocarrero Sánchez, L.¹; García Ruiz, M.¹; Palliotti, L.¹; Simal Hernández, P.²; Pérez García, C.³; Moreu Gamazo, M.³; Rosati, S.³; López-Frías Jurado, A.³; Egido, J.²; Gómez Escalonilla Escobar, C.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; ²Unidad de Ictus. Hospital Clínico San Carlos; ³Servicio de Neurorradiología Intervencionista. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: No existe actualmente un consenso definido sobre el manejo óptimo de la tensión arterial en las primeras 24h tras conseguir la

recanalización completa (TICI2c-3). Comparar los resultados clínicos y de neuroimagen de dos protocolos de manejo de las cifras tensionales tras la recanalización completa: tratamiento conservador (TAS < 185 mmHg) vs tratamiento activo (TAS < 150 mmHg).

Material y métodos: Estudio descriptivo de un registro consecutivo de pacientes con oclusión de arteria carótida intracraneal o de cerebral media, sometidos a trombectomía con recanalización completa. Se realiza una comparativa de resultados clínicos y de neuroimagen en dos períodos de estudio: tratamiento conservador (marzo 2017 a marzo 2020) vs. tratamiento activo (abril 2020 a septiembre 2022).

Resultados: 107 pacientes (tratamiento conservador) y 125 pacientes (tratamiento activo) reunieron los criterios de inclusión. Basalmente el grupo de tratamiento activo tienen un mayor porcentaje de pacientes con una escala modificada de Rankin > 2 (2,8 vs. 17,6%, p = 0,001), mayor glucemia basal (122 vs. 134 mg/dl, p = 0,042) y menor tiempo inicio-recanalización (228 vs. 210 minutos, p = 0,041); sin existir diferencias significativas en las variables demográficas, factores de riesgo vascular, gravedad clínica o estudios de neuroimagen. En el análisis multivariante el grupo de tratamiento activo presenta menor tamaño de infarto (p = 0,045) con menor edema cerebral (p = 0,019) en la neuroimagen de control a las 24 h, así como menor mortalidad de causa neurológica (p = 0,001).

Conclusión: El protocolo de tratamiento activo (TAS < 150) tras la recanalización completa (TICI2c-3), reduce el tamaño del infarto y el desarrollo de edema cerebral con disminución de la mortalidad de causa neurológica.

19295. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO ASOCIADO A DISECCIÓN ARTERIAL: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Mayol Traveria, J.¹; Rodrigo Gisbert, M.¹; Requena Ruiz, M.¹; Rubiera del Fueyo, M.¹; de Dios Lascuevas, M.²; García-Tornel García-Camba, Á.¹; Olivé Gadea, M.¹; Muchada López, M.¹; Rodríguez Villatoro, N.¹; Rodríguez Luna, D.¹; Juega Mariño, J.¹; Pagola Pérez de la Blanca, J.¹; Rizzo, F.¹; Hernández Morales, D.²; Diana, F.²; Molina Cateriano, C.¹; Tomasello Weitz, A.²; Ribó Jacobi, M.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron;

²Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: La estrategia terapéutica óptima en el ictus isquémico asociado a disección arterial es incierta. Nuestro objetivo fue reportar las características clínico-radiológicas y el resultado angiográfico del tratamiento endovascular (TEV) en pacientes con disección arterial.

Material y métodos: Estudio observacional de aquellos pacientes que presentaron un ictus isquémico asociado a disección arterial y recibieron TEV entre enero 2016 y febrero 2023. Se analizaron las características clínico-radiológicas basales y aquellas relacionadas con el TEV.

Resultados: Se incluyeron 39 pacientes con una media de edad de 49 ± 8 años. La mediana de NIHSS basal fue de 12 (IQR 6-20). Treinta y tres pacientes (84,6%) presentaron una disección de la ACI extracraneal y 3 pacientes (7,7%) una disección intracraneal. En 15 pacientes (41,7%) la disección tuvo extensión intracraneal y 25 pacientes (69,4%) presentaron oclusión en tandem. Se administró tratamiento fibrinolítico en 14 pacientes (35,9%). Se colocó endoprótesis carotidea en 34 pacientes (87,2%), veintiséis en la fase hiperaguda del ictus (76,5%). La tasa de reperfusión exitosa global (TICI $\geq 2b$) fue del 87,2% y completa (TICI $\geq 2c$) del 64,1%. El tratamiento fibrinolítico (OR 11,4, IC95% 1,03-127,5, p = 0,047) se asoció con una mayor tasa de recanalización completa, al contrario que la extensión intracraneal (OR 0,23, IC95% 0,04-1,14, p = 0,071). Veintinueve pacientes (74,4%) lograron independencia funcional (mRS 0-2) a los 3 meses. Tres pacientes (7,7%) presentaron un nuevo ictus isquémico durante el seguimiento (180 días).

Conclusión: En el ictus isquémico asociado a disección arterial, el tratamiento endovascular presenta una alta tasa de reperfusión exitosa e independencia funcional. La angioplastia stent-asistida es una opción segura y eficaz.

19539. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE TRASLADO FUTILES INTERHOSPITALARIOS PARA TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN UNA RED DE TELEICTUS

Barragán Prieto, A.¹; Pérez-Sánchez, S.¹; Banda, S.¹; Loscertales, J.¹; Gánero, M.¹; Hermosín, A.²; Valverde, R.³; Zapata, E.⁴; Ainz, L.⁴; Amaya, L.⁵; Martínez, P.⁵; Fernández Navarro, J.²; Montaner, J.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena; ²Servicio de Neurología. Hospital Puerta del Mar; ³Servicio de Neurología. Hospital Reina Sofía; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Torrecárdenas.

Objetivos: Dentro de una extensa red de teleictus, se realizan numerosos traslados interhospitalarios. En algunos casos, estos son fútiles (TF) ya que no se consigue ningún beneficio clínico para el paciente. Nuestro objetivo es analizar los factores para predecir y prevenir estos traslados fútiles.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de pacientes trasladados para trombectomía (TM) en una red de ictus. La red incluye 30 centros de fibrinolisis con capacidad de derivación a 6 nodos de trombectomía. Se seleccionaron pacientes con ictus isquémico y oclusión de gran vaso. Se hicieron dos grupos en función de si finalmente se realizaba TM. Se analizaron datos buscando los factores que determinaron TF.

Resultados: Se recibieron 3.462 activaciones y 2.404 (69%) fueron isquémicos. 618 pacientes eran para TM, pero en 194 (31,4%) los trasladados fueron TF. Los principales motivos de TF fueron la migración distal del trombo (6%), recanalización (24%) y mejoría del NIHSS (22%). No hubo diferencias en las características basales. Una puntuación baja del NIHSS (10 frente a 12, $p = 0,006$) y uso de tratamiento de fibrinólisis (50% frente a 37%, $p = 0,003$) se asociaron con la TF. Se creó un modelo predictivo con un AUC de 0,64817 y una especificidad del 93,9%.

Conclusión: En resumen, este estudio aporta información valiosa sobre la frecuencia y el impacto de los TF interhospitalarios por TM en una red de teleictus. La incorporación de modelos predictivos o aumentar su precisión con datos de neuroimagen, podrían ser medidas útiles para mejorar la eficiencia y la calidad asistencial en las redes de ictus.

19348. FACTORES PREDICTORES DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAS TROMBECTOMÍA MECÁNICA Y ANÁLISIS DE SU INFLUENCIA EN EL PRONÓSTICO FUNCIONAL DE PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO AGUDO

Fernández Couto, M.¹; Roel García, A.¹; Cajaraville Martínez, S.¹; Feal Panceiras, M.¹; Martínez Calvo, A.²; Seoane Dopico, M.²; Naya Ríos, L.¹; García Roca, L.¹; López Fernández, M.¹; da Silva Candal, A.¹; Sánchez Navarro, J.³; Castellanos Rodrigo, M.¹

¹Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña; ²Servicio de Radiología. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña; ³Facultad de Ciencias. Universidad de Girona.

Objetivos: La trombectomía mecánica (TM) es un tratamiento de eficacia demostrada en pacientes con ictus isquémico agudo pero no está exenta de complicaciones, entre ellas la aparición de hemorragia subaracnoidea (HSA). Pocos estudios han analizado los factores relacionados con la aparición de esta complicación. Nuestro objetivo fue determinar la prevalencia y factores asociados a la aparición de HSA pos-TM, así como su influencia en el pronóstico funcional de dichos pacientes.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de pacientes tratados con TM prospectivamente, con TC craneal a las 24 ± 12 h post-TM y pronóstico funcional a los 3 meses. Se analizaron comorbilidades, variables clínicas relacionadas con el ictus, tratamiento previo al ictus, datos radiológicos y del procedimiento endovascular. Se consideró el pronóstico funcional como favorable si la escala de Rankin modificada fue ≤ 2 a los 3 meses.

Resultados: De los 448 pacientes incluidos, 35 (7,8%) presentaron HSA. La presencia de HSA se asoció con edad más avanzada, tratamiento previo con estatinas, mayor tiempo ingle-reperfusión, mayor número

de pases con stent y aspiraciones, mayor deterioro neurológico y peor pronóstico funcional. En la regresión logística, el número de aspiraciones (OR 1.567; IC95%, 1.109-2.213) y el tratamiento previo con estatinas (OR 3.249; IC95%, 1.010-6.187) son predictores independientes de HSA post-TM. Tras ajustar por variables asociadas, la presencia de HSA es un predictor independiente de mal pronóstico funcional (OR 32.49; IC95%, 1.004-10.516).

Conclusión: La HSA pos-TM es un predictor independiente de mal pronóstico funcional y se relaciona con mayor número de aspiraciones y con el tratamiento previo con estatinas.

19842. RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL DEL STENTING INTRACRANEAL EMERGENTE: UNA SERIE UNICÉNTRICA

Seoane Fernández, D.¹; Ostos Moliz, F.¹; Gutiérrez Sánchez de la Fuente, M.¹; Ballenilla Marco, F.²; Calleja Castaño, P.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre;

²Servicio de Radiología. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: La angioplastia y liberación de stent emergente (*rescue stenting*, RS) puede resultar la única alternativa terapéutica cuando la trombectomía mecánica mediante stent-retriever o aspiración fracasa. Presentamos los resultados del RS en un Centro de Ictus terciario.

Métodos: Serie retrospectiva unicéntrica de casos consecutivos tratados con RS entre 2017-2022. Revisión de informes, resultados a los 3 meses y neuroimagen. Comparaciones mediante el test de Fischer en STATA.

Resultados: 24 pacientes, 66,7% varones, edad mediana 61 años, NIHSS basal medio 13 puntos, 75% oclusión de circulación anterior y 25% posterior. Se obtuvo una recanalización TICI 2b-3 en 23/24 (95,8%) y TICI 3 en 17/24 (70,8%). 7/24 recibieron fibrinólisis IV, sin impacto en la transformación hemorrágica (31,3 vs. 28,6%, $p = 0,65$), siendo además todas asintomáticas. La etiología mayoritaria fue la ateromatosis con estenosis intracraneal (14/24 [58,3%]) seguida de coexistencia/indeterminada (5), disección intracraneal (2), vasculitis (2) y cardioembólica (1). 16/24 (66,7%) presentaron buen pronóstico funcional (mRS 0-2) y solo 2/24 (8,3%) fallecieron a los 3 meses. 6 pacientes (25%) presentaron trombosis del stent, asociada a mayor recurrencia de ictus (3/6 [50%] vs. 1/17 [5,9%] [$P = 0,04$]) y peor pronóstico funcional (mRS 0-2 a los 3 meses: 2/6 [33,3%] vs. 14/16 [82,4%] [$p = 0,045$]). Habían recibido correcta doble antiagregación intrasala 3/6 (50%) vs. 14/17 (82%) ($p = 0,28$).

Conclusión: En nuestra serie el RS resultó una estrategia efectiva, existiendo un buen pronóstico funcional en 2/3 de los casos, pese a una elevada tasa de trombosis del stent (1/4) con impacto pronóstico. La fibrinólisis previa resultó segura, no asociándose a un mayor riesgo hemorrágico.

19967. LA COMPOSICIÓN CELULAR DEL TROMBO PREDICE LA REOCLUSIÓN INTRACRANEAL PRECOZ TRAS TROMBECTOMÍA MECÁNICA EXITOSA

Juega Mariño, J.¹; Palacio, C.²; Piñana, C.³; Rodríguez, M.¹; Requena, M.¹; Rubiera, M.¹; García-Tornel, A.¹; Rodríguez-Villatoro, N.¹; Rodríguez-Luna, D.¹; Olivé-Gadea, M.¹; Muchada, M.¹; Rizzo, F.¹; Hernández, D.³; de Dios Lascuevas, M.³; Hernández Pérez, M.⁴; Dorado, L.⁴; Quesada, H.⁵; Cardona, P.⁵; Tomásello, A.¹; Gallur, L.²; Ribó, M.¹; Molina, C.¹; Pagola, J.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron;

²Servicio de Hematología. Hospital Universitari Vall d'Hebron;

³Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge.

Objetivos: Nuestro objetivo es identificar la composición del trombo y factores relacionados con la reoclusión intracraneal precoz tras trombectomía mecánica exitosa (TME).

Material y métodos: Estudio unicéntrico incluyendo pacientes con TICI igual o superior a 2b tras trombectomía mecánica. Los ictus con oclusión en tandem fueron excluidos. Cada trombo fue analizado para obtener la proporción de poblaciones leucocitarias (granulocitos, monocitos y subpoblaciones linfocitarias) mediante citometría de flujo. La composición de los trombos, variables basales, neuroimagen, tratamientos antitrombóticos, de reperfusión y la etiología fueron analizados para identificar predictores de reoclusión precoz en las primeras 48 horas tras TME.

Resultados: La reoclusión precoz fue observada en el 6,1% (12/196) de TME. Los pacientes con historia de tabaquismo activo (41,7 vs. 12%; $p < 0,01$), los ictus de etiología ateroesclerótica (16,7 vs. 4,9%; $p = 0,086$), los trombos intracraneales con mayor proporción de linfocitos totales (14,44 vs. 6,53%; $p = 0,041$) y los trombos con mayor proporción de linfocitos B CD 19 (1,85 vs. 0,48%; $p < 0,001$) presentaron mayor proporción de reoclusión precoz. En la regresión logística ajustada por edad, etiología aterosclerótica, proporción de linfocitos totales y linfocitos B en trombo, fibrinólisis intravenosa y tabaquismo, el único predictor independiente fue la proporción de linfocitos B en trombo (aOR 1328, IC95% 1013-1740).

Conclusión: Los trombos ricos en linfocitos B son un predictor independiente de reoclusión precoz inesperado tras trombectomía mecánica exitosa, así como potencial diana terapéutica para optimizar el pronóstico de tratamientos endovasculares en ictus.

19834. EVALUACIÓN DEL ADN LIBRE DE CÉLULAS PLASMÁTICO COMO BIOMARCADOR EN LA HEMORRAGIA INTRACEREBRAL

Gubern Mérida, C.¹; Puigoriol Illamola, D.¹; Vera Cáceres, C.²; Lucas Parra, M.¹; Carballo Perich, L.¹; Terceño Izaga, M.²; Bashir Viturro, S.²; Xuclà Ferrarons, T.²; Vera Monge, V.²; Murillo Hernández, A.²; Álvarez-Cienfuegos Rodríguez, J.²; Serena Leal, J.²; Silva Blas, Y.²

¹Grupo de Investigación en Patología Cerebrovascular. Unidad de Ictus. Institut d'Investigació Biomèdica de Girona Dr. Josep Trueta (IDIBGI); ²Grupo de Investigación en Patología Cerebrovascular. Unidad de Ictus. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona.

Objetivos: Los niveles plasmáticos de ADN libre de células (cf-DNA, por sus siglas en inglés), liberado por células cerebrales necróticas, apoptóticas y/o estresadas, se han correlacionado con la gravedad y el pronóstico funcional en el ictus isquémico. Nuestro objetivo ha sido determinar si también existe una asociación con la gravedad, crecimiento del hematoma y pronóstico funcional en la hemorragia intracerebral.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y observacional de 77 pacientes consecutivos admitidos prospectivamente en nuestro hospital. Se recogieron datos clínicos, de neuroimagen y de pronóstico funcional a los 3 meses. La concentración plasmática de cf-DNA al ingreso se determinó mediante el kit Quant-iT-PicoGreen-dsDNA.

Resultados: En la cohorte estudiada (edad media, 70 ± 14 años; 38% mujeres), la NIHSS al ingreso fue de 9 [5-18], un 36% de los pacientes presentaron crecimiento del hematoma, la mortalidad intrahospitalaria fue del 15,6%, y del 25,3% a los 90 días. Un 22,1% de los pacientes presentó deterioro neurológico precoz y 68,1% mal pronóstico funcional. La concentración plasmática de cf-DNA fue similar entre hombres y mujeres y no se asoció con ninguna de estas variables. Sin embargo, se observó una tendencia de menor concentración de cf-DNA en mujeres que sufrieron deterioro neurológico precoz ($p = 0,054$).

Conclusión: En pacientes con hemorragia intracerebral, la concentración plasmática de cf-DNA al ingreso no se asocia con la gravedad, el crecimiento del hematoma ni el pronóstico funcional. La tendencia como potencial biomarcador de deterioro neurológico precoz en mujeres abre la puerta a un estudio de validación y realza la importancia de incluir la perspectiva de género en la investigación.

19400. POTENCIALES OBJETIVOS DE MEJORÍA EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL ICTUS CARDIOEMBÓLICO: EXPERIENCIA EN PACIENTES SOMETIDOS A TROMBECTOMÍA

Angerri Nadal, M.; Valin Villanueva, P.; Albert Albelada, T.; Hernández Iglesias, R.; Lombardo del Toro, P.; Bea Sintes, M.; Villarreal Miñano, J.; Cardona Portela, P.; Martínez Yélamos, A.; Paipa Merchán, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge.

Objetivos: La terapia anticoagulante es una herramienta eficaz para la prevención del ictus cardioembólico, sin embargo, hay múltiples casos de ictus en pacientes con fibrilación auricular (FA) conocida. Nos proponemos revisar los motivos de fracaso de la prevención primaria del ictus en este grupo de pacientes.

Material y métodos: Evaluamos 371 pacientes sometidos a trombectomía mecánica por ictus de etiología cardioembólica, de los cuales 201 pacientes (53,9%) tenían antecedente de FA, 144 pacientes (38,8%) una FA de debut y el resto padecían una cardiopatía embolígena sin FA.

Resultados: Entre los pacientes con FA 48 (24%) no recibían tratamiento anticoagulante, 74 pacientes (36,8%) recibían tratamiento con antagonista de vitamina K (AVK) y 79 (39,3%) con anticoagulantes de acción directa (DAGO): rivaroxabán 35,4%, apixabán 31,6%, edoxabán 17,7%, dabigatran 15,2%. Las principales causas de no anticoagulación fueron un CHADS2-VASc bajo (20,8%) y la presencia de contraindicación (35,4%). La frecuencia de INR infraterapéutico entre los pacientes tratados con AVK fue del 22,9%. Entre los pacientes que recibían DAGO la causa más frecuente de fallo fue la suspensión de fármaco por cirugía (16,5%) seguido de ictus por doble causa (15,2%) y la falta de adherencia a la medicación (8,9%). Solo en cuatro pacientes (5,1%) se detectó una infradosificación del fármaco. En 58 pacientes (28,9%) no se encontró ninguna causa de no anticoagulación, atribuyéndose a un verdadero fallo del tratamiento.

Conclusión: Nuestra revisión sugiere que la indicación de inicio de la anticoagulación, su suspensión por cirugía y la adherencia a la medicación son aspectos a mejorar en la prevención primaria del ictus.

18830. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR VS. TRATAMIENTO MÉDICO EN EL ICTUS ISQUÉMICO ASOCIADO A OCLUSIÓN DISTAL

Rodrigo Gisbert, M.¹; García-Tornel García-Camba, Á.¹; Requena, M.¹; Rubiera del Fueyo, M.¹; de Dios Lascuevas, M.²; Olivé Gadea, M.¹; Rizzo, F.¹; Muchada, M.¹; Rodríguez Villatoro, N.¹; Rodríguez Luna, D.¹; Juega, J.¹; Pagola, J.¹; Hernández, D.²; Molina, C.¹; Tomasello, A.²; Ribo, M.¹

¹Unidad de Ictus. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ²Unidad de Neurointervencionismo. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: La seguridad y eficacia del tratamiento endovascular (TEV) en el ictus isquémico con oclusión distal es incierta. Nuestro objetivo fue analizar el pronóstico funcional en pacientes con una oclusión distal según el tratamiento hiperagudo (endovascular vs. médico).

Material y métodos: Estudio observacional de aquellos pacientes con un ictus isquémico asociado a una oclusión distal aislada (ACA, ACP) entre enero de 2015 y enero de 2023. Se excluyeron aquellos pacientes con mRS previo ≥ 2. Se analizó la seguridad mediante la tasa de transformación hemorrágica sintomática (sICH) y mortalidad a los 90 días. Se analizó la independencia funcional (mRS 0-2) y pronóstico excelente (mRS 0-1) a los 90 días.

Resultados: Se incluyeron 107 pacientes con una mediana de edad de 74 años (IQR 63-81), 31 pacientes (29,0%) eran mujeres y 73 pacientes (68,2%) presentaron una oclusión de territorio posterior. Sesenta-y-seis pacientes (61,7%) recibieron TEV. No hubo diferencias en la tasa de sICH (TEV 4,5 vs. 2,9%, OR 6,2, IC95% 0,31-122,01, $p = 0,232$), mortalidad (TEV 15,2 vs. 4,9%, OR 5,91, IC95% 0,94-37,39, $p = 0,06$) ni independencia funcional (TEV 53,8 vs. 63,4%; OR 0,97, IC95% 0,35-2,70;

$p = 0,945$). Sin embargo, en aquellos pacientes con NIHSS ≥ 5 el TEV se asocia a una mayor tasa de excelente pronóstico funcional (TEV 34,5 vs. 15,0%, OR 6,48, IC95% 1,17-35,05, $p = 0,033$).

Conclusión: El tratamiento endovascular no modifica de forma significativa la tasa de sICH, mortalidad ni independencia funcional a los 90 días. En pacientes con ictus isquémico moderado-grave, el TEV se asocia a una mayor tasa de pronóstico funcional excelente. Dichos hallazgos deben ser confirmados en próximos ensayos clínicos.

Enfermedades cerebrovasculares III

19298. PROM COMO FACTORES PREDICTORES DE RECURRENCIA EN ICTUS

Gómez Dabó, L.¹; Colangelo, G.¹; Balades Orti, M.¹; Sánchez Gavilán, E.¹; Paredes, C.¹; Guirao, C.¹; Purroy García, F.²; Bustamante Rangel, A.³; Sargent Freitas, J.⁴; Rizzo, F.¹; Rodríguez, N.¹; Juega, J.¹; Pagola, J.¹; Olivé Gadea, M.¹; Taborada, B.¹; Garcia-Tornel García-Camba, A.¹; Requena, M.¹; Rodrigo Gisbert, M.¹; Montalvo Olmedo, C.¹; Ustrell Roig, X.⁵; Serra Martí, J.⁶; Serena, J.⁶; Rubiera, M.¹; Ribo, M.¹; Molina, C.¹; Muchada, M.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron;

²Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; ³Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; ⁴Servicio de Neurología. Coimbra University and Hospital Centre; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona; ⁶Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona.

Objetivos: El riesgo de recurrencia de un ictus es mayor en pacientes que han presentado un evento previo. Las estrategias multimodales con la participación activa de pacientes y familiares son probablemente la opción terapéutica más eficaz, cuya perspectiva se puede estandarizar y validar mediante los *Patient-Reported Outcome Measures* (PROM). Nuestro objetivo fue analizar los PROM como predictores de recurrencia de ictus.

Material y métodos: Estudio multicéntrico de una base prospectiva de pacientes consecutivos con AIT e ictus isquémico entre enero/2022-marzo/2023. Se recogieron datos demográficos, clínicos y resultados del programa de PROMS a través de la aplicación NORA, incluyendo PROMIS Global Health survey, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Fatigue Assessment Scale (FAS) y escala Morisky-Green (MG) a los 30 días.

Resultados: Se incluyeron 2.589 pacientes, edad media de $72 \pm 13,8$ años (42% mujeres). Se observaron 45 recurrencias con tiempo medio a la recurrencia de 257 días. Los pacientes recurrentes presentaban más antecedentes de tabaquismo (33,3 vs. 14,8%; $p < 0,001$) y toma de anticoagulantes (33,3 vs. 20,8%; $p < 0,041$). En cuanto a los PROM, estos pacientes sufrían mayor fatiga (FAS 24,4 vs. 19,69; $p < 0,031$), menor tendencia a adherencia terapéutica (MG 14,2 vs. 12,5%; $p = 0,77$) y menor reincorporación laboral (12,5 vs. 32,4%; $p < 0,02$). Tras el segundo episodio, los pacientes con recurrencia participaban más en encuestas ($2,46 \times E16$ vs. $2,46 \times E16$) y autoformación en ictus ($2,44 \times E16$ vs. $1,92 \times E16$) ($p < 0,01$). La HTA, tabaquismo previo y menor MG predijeron de manera independiente la recurrencia (OR 2,72, IC95% 1,20-6,14; OR 2,65, IC95% 1,40-4,99; OR 0,33, IC95% 0,11-1,01).

Conclusión: La evaluación de los PROM es un método útil para identificar factores clave para disminuir el riesgo de recurrencia de ictus.

18747. RESTENOSIS POSANGIOPLASTIA Y STENTING CAROTÍDEO (REGISTRO RECAST): DESARROLLO DE UN NOMOGRAMA DE PREDICCIÓN DE RIESGO PARA LA RESTENOSIS INTRASTENT

Zapata Arriaza, E.¹; Ainz Gómez, L.¹; Baena Palomino, P.¹; Medina Rodríguez, M.¹; Aguilar Pérez, M.²; de Albóniga-Chindurza Barroeta,

A.²; Andrade Ruiz, H.³; Zamora Piñero, A.⁴; Cabezas Rodríguez, J.⁵; Delgado Acosta, F.⁶; Ochoa Sepúlveda, J.⁷; González Delgado, M.⁸; Murias, E.⁹; Gil, J.¹⁰; Gil, R.¹¹; Mosteiro, S.¹²; Fernández Couto, M.¹³; Fernández de Alarcón, L.¹⁴; Ramírez Moreno, J.¹⁵; Luna, A.¹⁶; Gil, A.¹⁷; Alcázar, P.¹⁸; González García, A.¹⁹

¹Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; ²Servicio de Neurorradiología Intervencionista. Hospital Virgen del Rocío;

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

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 $\geq 70\%$ 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 $\geq 70\%$. 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 $\geq 70\%$ fue del 7,6% ($N = 27$). La regresión de Cox identificó como predictores independientes de RIS $\geq 70\%$ 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], $p < 0,001$), y la ausencia de arteria comunicante anterior (HR = 3,58, IC95% [1,35-9,45], $p = 0,010$). Se generó un nomograma basado en el modelo descrito que mostró valores óptimos de discriminación (curva ROC = 0,749; índice C = 0,791) y calibración (0,84-0,92). La presencia de RIS $\geq 70\%$ 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 $\geq 70\%$. 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.

19127. ABORDAJE VERTEBROBASILAR DEL SHUNT DERECHA-IZQUIERDA: UN ESTUDIO PROSPECTIVO EN PACIENTES CON ICTUS CRİTOGÉNICO

Martínez García, B.; García Madrona, S.; Chico García, J.; Garay Albizuri, P.; Pérez Gil, D.; Llanes Ferrer, A.; Matute Lozano, M.; de Felipe Mimbrera, A.; Vera Lechuga, R.; Cruz Culebras, A.; Masjuan, J. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal.

Objetivos: Evaluar la precisión de la ventana suboccipital (VS) del Doppler transcraneal (DTC) en la estimación de los grados del shunt