

de seguridad fueron la mortalidad a los 3 meses y el empeoramiento neurológico (EN) (incremento del NIHSS respecto al basal > 4) a las 24 horas y 5 días.

**Resultados:** Entre octubre de 2022 y diciembre de 2023, se incluyeron a 200 pacientes: 41 (20,5%) ictus simulado, 130 (65,0%) ictus isquémico (II) y 29 (14,5%) ictus hemorrágico (IH). En el análisis de los 159 pacientes con II e IH, 33 (20,8) pacientes murieron; y se observó un EN a las 24 horas en 19 (11,9%) y en 25 (15,7%) a los 5 días. No hubo diferencias entre el grupo PerCI y el *sham*. Tras excluir a 15 pacientes con mRS basal > 2, la proporción de pacientes con mRS < 3 a los 3 meses fue similar: OR 1,40 (0,73-2,68). En el subgrupo de pacientes NIHSS < 5, el PerCI fue superior: OR 21,08 (2,43-183,3).

**Conclusión:** El PerCI es seguro pero ineficaz si considera la cohorte de pacientes II e IH. En el subgrupo de pacientes con menor gravedad inicial, el PerCI podría ejercer un beneficio.

### 21381. CORRELACIÓN ENTRE EL NIHSS-MISMATCH Y EL MISMATCH RADIOLÓGICO CON TC-PERFUSIÓN EN PACIENTES TRATADOS CON TROMBECTOMÍA MECÁNICA CEREBRAL

Vidal de Francisco, D.<sup>1</sup>; Barragán Prieto, A.<sup>2</sup>; Amaya Pascacio, L.<sup>1</sup>; Fernández Gómez, M.<sup>3</sup>; Hidalgo Barranco, C.<sup>3</sup>; Arjona Padillo, A.<sup>1</sup>; Montaner Villalonga, J.<sup>2</sup>; Martínez Sánchez, P.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas;

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS). Hospital Universitario Virgen del Rocío. CSIC, Universidad de Sevilla; <sup>3</sup>Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Universidad de Almería.

**Objetivos:** Recientemente se ha descrito el concepto NIHSS-mismatch que ha mostrado su utilidad como marcador pronóstico clínico en pacientes con ictus isquémico agudo (IIA) tratados con trombectomía mecánica (TM), observándose un punto de corte óptimo de 64%. Nuestro objetivo es estudiar la correlación entre los valores del NIHSS-mismatch y las cifras de mismatch que se obtienen mediante TC-perfusión (TCP) en estos pacientes.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico retrospectivo de pacientes con IIA y OGV en el territorio anterior tratados con TM en el entorno del Centro Andaluz de Teleictus (2019-2023). Se realizó un análisis descriptivo de la muestra y se estudió la correlación entre los valores de NIHSS-mismatch% y el del TCP-mismatch% mediante la rho de Spearman.

**Resultados:** Se incluyeron 81 pacientes, edad mediana (RIC) de 72 (18) años. Fueron mujeres el 46,9%. La mediana (RIC) de la NIHSS-mismatch% fue 61% (33%) y de TCP-mismatch% fue de 93% (14%). El análisis bivariable mostró que el NIHSS-mismatch% = 64% se asociaba con una mejoría neurológica precoz ( $p = 0,040$ ) que no se apreció usando el TCP-mismatch%. La rho de Spearman mostró una correlación inversa entre la NIHSS-mismatch% y el TCP-mismatch% ( $r = -0,236$ ,  $p = 0,039$ ).

**Conclusión:** En este estudio no se aprecia la correlación esperada entre la NIHSS-mismatch% y el TCP-mismatch%, mostrando la primera una probable mejor relación con la mejoría neurológica precoz en pacientes con IIA tratados con TM.

### 21692. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TERAPIA ENDOVASCULAR EN EL ICTUS ISQUÉMICO SECUNDARIO A OCLUSIÓN DE LA ARTERIA CARÓTIDA INTERNA EXTRACRANEAL AISLADA VS. LA LESIÓN EN TÁNDEM

Manzano Hernández, L.; Zapata, E.; Villar, C.; Villagrán, D.; Medina, M.; Baena, P.; Ainz, L.; Cabezas, J.; Pardo, B.; Hermosín, A.; Mendoza Corredor, L.; Aguilar, M.; de Albóniga-Chindurza, A.; González, A.; Moniche, F.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío.

**Objetivos:** La oclusión intracraneal en el ictus isquémico agudo secundario a la lesión en tándem (LT) parece justificar el manejo endovascular en estos casos. Por el contrario, el beneficio de la terapia endovascular (TEV) emergente en las oclusiones aisladas de la carótida interna (ACIE-a) está aún por definir. El objetivo es conocer el perfil de eficacia y seguridad TEV en cada grupo (LT vs. ACI-e).

**Material y métodos:** Se revisó el registro ARTISTA con ictus isquémico agudo de etiología aterosclerótica en territorio anterior causado por LT o de ACIE-a (2017-2022) que recibieron TEV. La eficacia se determinó por el TICI 2b-3, mRS 0-2 a los 90 días y reoclusión ACI en las primeras 24 horas. La seguridad por hemorragia intracraneal sintomática (HICs) y mortalidad a los 3 meses.

**Resultados:** Presentamos 353 pacientes, con 75% hombres, edad mediana de 69 (IQ: 60-76). El 36% recibieron trombólisis intravenosa. El 17% corresponde a pacientes con ACIE-a, los cuales presentaron mayor edad (79 vs. 67), NIHSS al ingreso (19 vs 15) y al alta (8 vs. 2) en comparación con los pacientes con LT ( $p < 0,01$ ). La tasa de TICI 2b-3 fue similar ( $p < 0,01$ ). El mRS 0-2, mortalidad a los 90 días y la reoclusión en las primeras 24 horas mostró valores desfavorables para el grupo ACIE-a vs. LT: (0 vs. 68,3%); (31,7 vs. 14,7%) y (10,5 vs. 4,5%) ( $p < 0,01$ ). La HICs fue mayor en LT (10,5 vs. 0%,  $p < 0,01$ ).

**Conclusión:** Nuestros resultados indican que la terapia endovascular en pacientes con oclusión de ACIE-a presentan un peor perfil de eficacia y mortalidad en comparación a las LT.

### 20509. TRATAMIENTO DEL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO POR OCLUSIÓN DE ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Botía Barberá, J.<sup>1</sup>; Iglesias Mohedano, A.<sup>1</sup>; García Pastor, A.<sup>1</sup>; de Celis Ruiz, E.<sup>2</sup>; Rigual Bobillo, R.<sup>2</sup>; Granja López, J.<sup>2</sup>; Calleja Castaño, P.<sup>3</sup>; Ostos Moliz, F.<sup>3</sup>; Montabes Medina, P.<sup>3</sup>; Cruz Culebras, A.<sup>4</sup>; Vera Lechuga, R.<sup>4</sup>; Trillo Senín, S.<sup>5</sup>; Alonso Maroto, J.<sup>5</sup>; Ramos Martín, C.<sup>5</sup>; Escobar Escamilla, E.<sup>6</sup>; Terrero Carpio, R.<sup>6</sup>; Martín Ávila, G.<sup>6</sup>; Vales Montero, M.<sup>1</sup>; Gil Fernández, A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio

Marañón; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz;

<sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre;

<sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; <sup>5</sup>Servicio de

Neurología. Hospital Universitario de La Princesa; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe.

**Objetivos:** Analizar la eficacia y seguridad de la trombectomía mecánica (TM) comparada con el mejor tratamiento médico (MTM) en pacientes con ictus isquémico agudo por oclusión aislada de ACP.

**Material y métodos:** Registro multicéntrico observacional de pacientes con ictus isquémico y oclusión de ACP aislada tratados entre 2019-2023. Recogimos variables demográficas, factores de riesgo vascular (FRV), características clínicas y radiológicas del ictus. Analizamos la probabilidad de mejoría > 2 puntos en NIHSS, hemorragia intracraneal sintomática (HICS), mortalidad e independencia funcional a 3 meses (escala Rankin modificada [eRm]  $\leq 2$ ). Se realizó regresión multivariante con otros factores relacionados.

**Resultados:** Incluimos 196 pacientes. Edad media 72 (DE 14). 48 pacientes TM y 148 MTM. TIV: 46% TM versus 30% MTM. No diferencias en edad, sexo, FRV entre grupos. Mediana NIHSS basal 9 (RIQ, 7-14) TM versus 3 (2-6) MTM ( $p < 0,001$ ). 71% recanalización exitosa (TICI  $\geq 2b$ ). TM mayor tasa de HICS (6 vs. 1%,  $p = 0,044$ ), y mortalidad (8 vs. 1%,  $p = 0,033$ ). Proporción de mejoría NIHSS > 2 mayor con TM (77 vs. 42%,  $p < 0,001$ ). 56% alcanzaron eRm  $\leq 2$  a los 3 meses con TM, frente 78% con MTM ( $p = 0,004$ ). Sin embargo, el análisis multivariante no mostró diferencias: OR mejoría NIHSS > 2 con TM: 1,034 [0,105-10,12] ( $p = 0,977$ ), OR eRm  $\leq 2$ : 0,248 [0,016-3,88] ( $p = 0,321$ ).

**Conclusión:** Los resultados de esta serie demuestran que la trombectomía mecánica (TM) indicada de forma rutinaria en pacientes con oclusión aislada de ACP, podría no aportar mayor beneficio respecto al MTM y conllevar complicaciones graves como la HICS y mayor