

## 21178. FUTILIDAD DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN EL ICTUS ISQUÉMICO POR OCLUSIÓN DE T CAROTÍDEA: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Ramos Martín, C.<sup>1</sup>; López-Cancio, E.<sup>2</sup>; Llull, L.<sup>3</sup>; Castellanos, M.<sup>4</sup>; Bashir, S.<sup>5</sup>; Ostos, F.<sup>6</sup>; Cruz Culebras, A.<sup>7</sup>; Iriarte, P.<sup>1</sup>; Castaño Apiláñez, M.<sup>2</sup>; Doncel-Moria, A.<sup>3</sup>; Roel García, A.<sup>4</sup>; Terceño, M.<sup>5</sup>; Calleja, P.<sup>6</sup>; Mena, N.<sup>7</sup>; Rodríguez, A.<sup>3</sup>; Cañada, E.<sup>1</sup>; Trillo, S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa;

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias;

<sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona;

<sup>4</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña;

<sup>5</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal.

**Objetivos:** El ictus isquémico por oclusión de T carotídea constituye una entidad de extrema gravedad, siendo frecuente un mal resultado funcional tras tratamiento endovascular (TE). Nuestro objetivo es predecir mala evolución tras TE, utilizando una herramienta con parámetros de software automatizado de TC perfusión.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico retrospectivo de pacientes consecutivos con oclusión de T carotídea tratados con TE en 7 centros de ictus de la red RICORS-ICTUS, con disponibilidad de datos de RAPID®. Se recogieron características basales, clínicas y de neuroimagen. Se definió un índice de colateralidad BIRDIE (Brain Intact collateRalization rapiD IndEx) como el resultado de  $1-(CBF < 30/200) \times 100$  y el volumen de hipoperfusión moderada-grave como la suma de volúmenes de  $CBF < 30\%$  y  $T_{max} > 6$ . Se analizó la asociación con futilidad terapéutica, definida como mRS 5-6 a los 3 meses.

**Resultados:** N = 248. Media edad 73,81 (DE: 12,80), Mediana ASPECTS 7 (RIC: 6-7). Mediana de mRS a los 3 meses: 4 (RIC: 2-6). Se obtuvo una escala de 0-5, con inclusión como variables de edad > 80, mRS basal > 1, hipoperfusión moderada grave > 215 ml, BIRDIE < 75% y ASPECTS < 6, predictora de futilidad del tratamiento con un ABC de 0,745 (IC95% 0,686-0,808). En el modelo de regresión logística, la puntuación en la escala  $\geq 3$  fue el predictor más potente del mal resultado funcional (OR 5,399; IC95% 2,643-11,029).

**Conclusión:** En nuestro estudio obtuvimos una buena predicción de futilidad tras TE en ictus por oclusión de T carotídea a través de parámetros de software automatizado junto a otros factores. Futuros estudios analizarán su validación y utilidad práctica.

## 20884. INFLUENCIA DE LA TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA ASINTOMÁTICA TRAS LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO

Guasch Jiménez, M.<sup>1</sup>; Ezcurra Díaz, G.<sup>1</sup>; Lambea Gil, Á.<sup>1</sup>; Ramos Pachón, A.<sup>1</sup>; Martínez Domeño, A.<sup>1</sup>; Prats Sánchez, L.<sup>1</sup>; Martí Fàbregas, J.<sup>1</sup>; Cardona, P.<sup>2</sup>; Rodríguez Villatoro, N.<sup>3</sup>; Rodríguez Vázquez, A.<sup>4</sup>; Gomis, M.<sup>5</sup>; Xuclà Ferrarons, T.<sup>6</sup>; Rodríguez Campello, A.<sup>7</sup>; Cánovas, D.<sup>8</sup>; Seró Ballsteros, L.<sup>9</sup>; Purroy, F.<sup>10</sup>; Salvat Plana, M.<sup>11</sup>; Camps Renom, P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau;

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona;

<sup>7</sup>Servicio de Neurología. Hospital del Mar; <sup>8</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Sabadell; <sup>9</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona; <sup>10</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; <sup>11</sup>Pla Director de la Malaltia Vascular Cerebral. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

**Objetivos:** Determinar el papel pronóstico de la transformación hemorrágica (TH) asintomática tras la trombectomía mecánica (TM) en pacientes con ictus isquémico agudo (IIA).

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de datos poblacionales y prospectivos del registro de Códigos Ictus de Cataluña (CICAT). Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años con IIA de circulación anterior tratados con TM (2017-2023). Se excluyeron los pacientes sin información sobre la presencia de TH o el pronóstico funcional a los tres meses. La TH se evaluó en la TC de control a las 24 horas y se categorizó según la clasificación ECASS-II/III. El pronóstico funcional se evaluó de forma centralizada mediante la escala de Rankin modificada (mRS). La variable resultado fue el cambio en la puntuación mRS a los tres meses. Realizamos análisis multivariados de regresión ordinal ajustados por edad, mRS previo, NIHSS, ASPECTS y recanalización exitosa.

**Resultados:** Incluimos 3.067 pacientes (72,0 años, 50,7% mujeres) de los cuales 179 (5,8%) presentaron TH sintomática y 612 (21,2%) TH asintomática. En el análisis multivariado, la TH asintomática se asoció con un peor pronóstico funcional (cOR 2,24, IC95%: 1,89-2,66) y una mayor mortalidad (OR 1,50, IC95%: 1,17-1,91) a los tres meses. En los análisis de sensibilidad por subtipos de TH, la asociación con un peor pronóstico funcional continuó siendo significativa para todas ellas, siendo PH2 la categoría con mayor probabilidad de un peor pronóstico funcional (cOR 3,15, IC95%: 1,46-6,83).

**Conclusión:** En pacientes con IIA tratados con TM, presentar cualquier tipo de TH, independientemente de su repercusión clínica, se asoció con un peor pronóstico funcional a los tres meses.

## 20848. SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO SECUNDARIO A OCLUSIÓN DE GRAN VASO Y NEOPLASIA ACTIVA

Villar Rodríguez, C.<sup>1</sup>; Villagrán Sancho, D.<sup>1</sup>; Salgado Irazabal, M.<sup>1</sup>; Ainz Gómez, L.<sup>1</sup>; Baena Palomino, P.<sup>1</sup>; Medina Rodríguez, M.<sup>1</sup>; Cabezas Rodríguez, J.<sup>1</sup>; Pardo Galiana, B.<sup>1</sup>; Hermosín Gómez, A.<sup>1</sup>; Zapata Arriaza, E.<sup>2</sup>; Mendoza Corredor, L.<sup>2</sup>; de Albóniga-Chindurza Barroeta, A.<sup>2</sup>; Aguilar Pérez, M.<sup>2</sup>; González García, A.<sup>2</sup>; Zamora Piñero, A.<sup>3</sup>; Gil González, L.<sup>3</sup>; Moniche, F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital Virgen del Rocío; <sup>3</sup>Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS).

**Objetivos:** Comparar resultados de seguridad y eficacia de la trombectomía mecánica (TM) como tratamiento en el ictus isquémico secundario a oclusión de gran vaso (OGV) en pacientes con/sin neoplasia activa.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de pacientes con ictus isquémico secundario a OGV sometidos a TM en nuestro centro (2022-2023), incluidos en el registro prospectivo ARTISTA. Análisis estadístico mediante contraste de hipótesis, empleando la prueba U de Mann-Whitney para variables cuantitativas y la prueba chi-cuadrado para cualitativas.

**Resultados:** Se analizaron 1.080 pacientes; solo 65 (6%) presentaba neoplasia activa en el momento del ictus. El 56,9% fueron varones, con mediana de 74 años (RIC 65-79,5). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la distribución de las variables edad, ASPECTS, NIHSS-ingreso, tiempo puerta-TC, puerta-aguja o puerta-punción al comparar los pacientes con/sin neoplasia activa. La probabilidad de recibir fibrinolisis intravenosa fue menor en el grupo de cáncer activo, de forma no significativa [21,5 vs. 32,1% ( $p = 0,075$ )]. Los pacientes con cáncer activo presentaron una menor probabilidad de obtener eTICI 2c-3 [63,1 vs. 74,9%; ( $p = 0,041$ )] una mayor probabilidad de muerte durante el ingreso [19 vs. 12,2%; ( $p = 0,022$ )] así como una menor probabilidad de mRs 0-2 a los 90 días [33,9 vs. 47,5%, ( $p = 0,038$ )] y una mayor probabilidad de muerte a los 90 días [30,5 vs. 18,3%; ( $p = 0,038$ )]. No hubo diferencias en cuanto a la tasa de transformaciones hemorrágicas sintomáticas.

**Conclusión:** Los pacientes con cáncer activo e ictus isquémico secundario a OGV tratado con TM presentan menores probabilidades de recanalización completa, peor pronóstico funcional y mayor tasa de