

Objetivos: Varón de 81 años exfumador sin otros antecedentes de importancia que acude a Urgencias por pérdida súbita de fuerza en miembro superior izquierdo de dos días de evolución. Además, cuenta que hace dos semanas que presenta episodios diarios de epistaxis. A la valoración, se evidencia monoparesia de miembros superior izquierdo de predominio proximal, sin otro déficit asociado. En la exploración general, destacan restos hemáticos en cavidad oral y petequias dispersas en tronco y miembros inferiores.

Material y métodos: El escáner muestra un hematoma parenquimatoso frontal derecho, no subsidiario de manejo neuroquirúrgico. En la analítica resalta la cifra en hemograma de $2.000/\text{mm}^3$ plaquetas sin otras citopenias asociadas. Se realiza un manejo interdisciplinario junto a Hematología y ante la sospecha de probable púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) se inicia tratamiento con inmunoglobulinas y dexametasona a dosis estándar.

Resultados: Tras completar el tratamiento, se evidencia una respuesta completa con cifras de plaquetas al alta de $159.000/\text{mm}^3$. Se confirma el diagnóstico de PTI que debuta con un hematoma parenquimatoso.

Conclusión: La exploración física general resulta fundamental para orientar el diagnóstico neurológico. La PTI es una causa de hemorragia intracraneal poco común pero potencialmente tratable.

21467. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA NO TRAUMÁTICA (HSANT) INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE ICTUS (UI) EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Eguilior Caffarena, I.¹; Guerra Huelves, A.¹; García Sánchez, C.¹; Gómez-Pintado Cano, L.¹; Pérez García, P.¹; Mata López de Castro, I.¹; Arce Obieta, J.²; García Torres, M.¹; Navas Vinagre, I.¹; Guillán Rodríguez, M.¹; Osés Lara, M.¹; Roa Escobar, J.¹

¹Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; ²Documentación Clínica. Fundación Jiménez Díaz.

Objetivos: Describir y comparar características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y pronósticas de pacientes con diagnóstico de HSANT en un hospital terciario, en relación con ingreso en UI.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con HSANT ingresados entre el 01/01/2019 y el 31/12/2023. Se revisaron y compararon estadísticamente características demográficas, etiología, tratamiento y pronóstico.

Resultados: Ingresaron 107 pacientes en total con HSANT, cuya edad media fue de 61 años, siendo el 70% mujeres. El 23% se manejaron en UI y el 77% restante permanecieron ingresados en UCI y hospitalización convencional. Las características demográficas y factores de riesgo cerebrovasculares fueron similares en ambos grupos salvo la diabetes, mayor en los pacientes no ingresados en UI ($p = 0,009$). La media de escala de coma Glasgow (GCS) al ingreso fue mayor en pacientes ingresados en UI (14 vs. 12, $p < 0,001$). El diagnóstico etiológico fue equiparable en ambos grupos: angiopatía amiloide 12 vs. 7%, aneurismática 48 vs. 61%, indeterminada 40 vs. 27%. La mortalidad en pacientes atendidos en UI fue del 8 vs. 30% en pacientes que no lo fueron ($p = 0,023$). Un 76% de los pacientes ingresados en UI alcanzaron independencia funcional a los 3 meses vs. 51% en el resto de pacientes ($p = 0,013$).

Conclusión: Aproximadamente un cuarto de los pacientes con HSANT fueron atendidos en UI. Su situación clínica inicial era menos grave, su mortalidad fue menor y tuvieron mejor pronóstico funcional. Resulta beneficioso incluir atención en UI sistemáticamente a pacientes con HSANT con GCS alto.

21512. BIOMARCADORES SÉRICOS ASOCIADOS A EVENTOS CORONARIOS AGUDOS EN PACIENTES SOMETIDOS A REVASCULARIZACIÓN CAROTÍDEA

Bashir Viturro, S.¹; Carballo Perich, L.²; Terceño Izaga, M.¹; Lucas Parra, M.²; Sobrino, T.³; Álvarez Cienfuegos, J.¹; Murillo, A.¹; Xuclà

Ferrarons, T.¹; Vera Monge, V.¹; Juega Mariño, J.¹; Silva Blas, Y.¹; Gubern Mérida, C.²; Serena Leal, J.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; ²Grupo de Investigación en Patología Cerebrovascular. Institut d'Investigació Biomèdica de Girona Dr. Josep Trueta; ³Àrea de Neurociències. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Objetivos: La cardiopatía isquémica es una de las principales causas de muerte en pacientes con estenosis carotídea $\geq 70\%$. Nuestro objetivo es identificar biomarcadores proteicos séricos asociados a eventos coronarios agudos (ECA) durante el seguimiento de pacientes tratados con revascularización carotídea.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo, de pacientes consecutivos con estenosis carotídea $\geq 70\%$ tratados desde enero 2017 a febrero 2022. Se analizaron mediante ELISA distintas proteínas en suero obtenido antes del tratamiento (pre) y tres meses después del mismo (post). Se identificaron aquellos pacientes que presentaron un ECA durante los primeros seis meses de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 87 pacientes con edad media de 69,6 ($\pm 9,8$) años. Un 71,3% eran varones. 7 (8%) pacientes presentaron un ECA en el seguimiento. La diabetes mellitus se asoció de manera significativa a la aparición de ECA (21,4 vs. 1,7%; $p = 0,004$). Los pacientes que presentaron un ECA tenían concentraciones significativamente menores de kininógeno-1 a los tres meses de tratamiento (KNG-1-post) que aquellos que no lo presentaron (mediana 146,7 (126,0-176,2) $\mu\text{g}/\text{ml}$ vs. 262,3 (159,6-351,2) $\mu\text{g}/\text{ml}$; $p = 0,037$). No se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la toma previa de estatinas (9,7 y 4%; $p = 0,378$) y antiagregantes (9,8 vs. 3,8%; $p = 0,347$).

Conclusión: Niveles bajos de KNG-1-post en pacientes sometidos a revascularización carotídea se asociaron a mayor riesgo de ECA en los seis meses posteriores. Esta proteína ayudaría a identificar pacientes de alto riesgo coronario que se podrían beneficiar de un tratamiento agresivo para disminuir la ya conocida mortalidad asociada a los ECA en nuestros pacientes.

21546. MICRORNA CIRCULANTES COMO BIOMARCADORES DIAGNÓSTICOS DE ESTENOSIS CAROTÍDEA ASINTOMÁTICA SIGNIFICATIVA

Carballo Perich, L.; Bashir Viturro, S.; Terceño Izaga, M.; Lucas Parra, M.; Álvarez-Cienfuegos Rodríguez, J.; Vera Monge, V.; Murillo Hernández, A.; Ortiz Martos, E.; Silva Blas, Y.; Serena Leal, J.; Gubern Mérida, C.

Grupo de Investigación en Patología Cerebrovascular. Institut d'Investigació Biomèdica de Girona Dr. Josep Trueta. Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona.

Objetivos: La estenosis carotídea es responsable del 20-25% de los ictus isquémicos. Alrededor del 60-80% de las estenosis significativas pueden ser asintomáticas y no detectarse antes de un evento isquémico debido a la ausencia de un cribado específico en grupos de alto riesgo. El objetivo de este estudio ha sido evaluar microRNA (miRNA) circulantes como biomarcadores diagnósticos de estenosis carotídea asintomática significativa.

Material y métodos: Se analizó la expresión plasmática de 754 miRNA (TaqMan™ OpenArray™) en una cohorte de cribado que incluyó 20 pacientes con estenosis carotídea asintomática $> 70\%$ y 10 controles con factores de riesgo vascular sin placa de ateroma en la arteria carótida. Los miRNA detectados en $\geq 70\%$ de los pacientes y $\leq 20\%$ de los controles fueron validados mediante qPCR en una cohorte ampliada de 69 pacientes con estenosis asintomática y 70 controles que incluían sujetos con factores de riesgo vascular sin placa ($n = 34$) y con placa no estenosante ($n = 36$). Se crearon modelos de regresión logística binaria.

Resultados: En la cohorte de cribado (edad media $66,8 \pm 6,3$ años; 82,5% hombres) se seleccionaron 12 miRNA circulantes como

potenciales biomarcadores diagnósticos de estenosis relevante, de los cuales 5 fueron validados en la cohorte de validación (edad media $68,8 \pm 7,6$ años; 76,3% hombres). La detección de dos de los miRNA, ajustados por dislipemia, se asoció a un mayor riesgo de estenosis carotídea relevante (OR1 = 42,64, IC = 11,3-160,6; OR2 = 11,76, IC = 3,4-40,5).

Conclusión: Se han identificado dos miRNA circulantes que conformarían un perfil diagnóstico de estenosis carotídea asintomática > 70% que podrían ser de utilidad en *screening* poblacional.

21384. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN ICTUS ISQUÉMICO CON MALA CIRCULACIÓN COLATERAL EN VENTANA EXTENDIDA

Gómez-Escalonilla Escobar, C.¹; Simal Hernández, P.¹; Rosati, S.²; Moreu Gamazo, M.²; Huete Schmolling, A.²; Trejo Gallego, C.²; Egido Herrero, J.¹; López-Frias López-Jurado, A.²; Pérez García, C.²

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

Objetivos: Los pacientes con mala circulación colateral han sido excluidos de los estudios del tratamiento endovascular (TEV) en ventana extendida. Analizamos los resultados de eficacia y seguridad de nuestra serie en este grupo de pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una serie prospectiva de pacientes con ictus isquémico por oclusión de gran vaso en territorio anterior sometidos a TEV, con evolución clínica de más de 6 horas desde la última vez visto bien, y que presentaban malas colaterales en la angioTC, en el periodo comprendido entre enero 2011 a octubre 2023. Se analizaron la tasa de hemorragia intracraneal sintomática (sICH) y el resultado clínico a 3 meses.

Resultados: 440 pacientes con ictus isquémico con más de 6 horas del último basal recibieron TEV en el periodo del estudio, de los que 86 (mujeres 48,8%) cumplieron el criterio de inclusión. La mediana de edad fue 72,5 (IQR 57-83), NIHSS 19 (IQR 14-23) y ASPECTS 7 (IQR 6-8). Se realizó trombólisis intravenosa en el 25,6%, consiguiendo un TICI $\geq 2b$ en el 77,9% con una mediana de pases de 2 (IQR 1-3). La tasa de sICH es del 9,4%. A los 3 meses el 29,1% consigue una buena situación funcional (escala modificada de Rankin ≤ 2 o regresar a situación basal), con una mortalidad del 33,3%.

Conclusión: A pesar de la obtención de unos resultados funcionales peores que los pacientes con buenas colaterales, un 29,1% consiguen un buen resultado funcional a los 3 meses. Por este motivo, este grupo de pacientes no debe ser desestimado para el tratamiento endovascular.

20157. BIOMARCADORES RADIOLÓGICOS DE RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL TRAS ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT)

Pedrero Prieto, M.; Navarro Mocholí, E.; Tarruella Hernández, D.; Morales Caba, L.; Fortea Cabo, G.; Tembl, J.; Escudero-Martínez, I.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

Objetivos: El objetivo de este estudio es investigar el valor pronóstico de la resonancia magnética cerebral (RM) en el riesgo cardiovascular global después de un AIT.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo con un seguimiento longitudinal de 5 años en pacientes con diagnóstico de AIT desde 2016 hasta 2018 en un hospital terciario.

Resultados: Se incluyeron 114 pacientes. Se observó un evento cardiovascular adverso mayor (MACE) en el 17,5% de los pacientes, siendo el accidente cerebrovascular/AIT el más frecuente (85%). En cuanto a los hallazgos de RM, el 34,2% de los pacientes mostró lesiones con restricción en difusión (DWI), el 66,7% hiperintensidades de la sustancia blanca (WMH), el 37,7% ictus lacunares crónicos (CLS) y el 14%

microhemorragias (MB). Las lesiones DWI+ se asociaron con debilidad motora como presentación clínica ($p = 0,059$) y ateromatosis vascular ($p = 0,035$). Sin embargo, no se asociaron con MACE. Las WMH y las MB se asociaron con MACE ($p = 0,002$ y $p = 0,01$, respectivamente) e ictus/AIT ($p = 0,007$ y $p = 0,02$, respectivamente). CLS y MB también se asociaron con mortalidad no cardiovascular ($p = 0,002$ y $p = 0,034$, respectivamente). En cuanto a las variables clínicas, la alteración del lenguaje y la duración de 10-60 minutos se asociaron con MACE.

Conclusión: En nuestro estudio, la presencia de lesiones DWI+ en la RM tras un AIT no se asociaron con aumento del riesgo cardiovascular global. Sin embargo, sí se encontró asociado mayor riesgo en caso de WMH y MB. Ambos hallazgos están relacionados con enfermedad de pequeños vasos y aterosclerosis de grandes vasos, lo que podría explicar esta asociación.

Enfermedades cerebrovasculares P4

21253. EVALUACIÓN DEL MODELO DRIP-AND-SHIFT EN UN ENTORNO URBANO

Pérez Sánchez, S.¹; Barragán Prieto, A.¹; Moniche, F.²; Zapata Arriaza, E.³; de Torres Chacón, R.¹; de Albóniga-Chindurza Barroeta, A.³; Gamero García, M.¹; Medina, M.²; Loscertales Castaños, J.¹; Cabezas Rodríguez, J.²; Carmona Bravo, V.¹; Baena, P.²; Aguilar Pérez, M.³; Ainz, L.²; Pardo Galiana, B.²; Domínguez Mayoral, A.¹; González García, A.³; Montaner, J.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena; ²Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; ³Unidad de Neurorradiología Intervencionista. Hospital Virgen del Rocío.

Objetivos: Analizar la eficiencia de los dos principales paradigmas organizativos desarrollados para el manejo de pacientes con ictus potencialmente candidatos a tratamiento endovascular (*mothership* vs. *drip-and-shift*) en entornos urbanos con distancias cortas al centro de trombectomía.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de un registro prospectivo (ARTISTA) para evaluar los dos modelos establecidos en cada uno de los dos grandes hospitales de la ciudad (1.006.294 habitantes). Se compararon resultados de *mothership* (pacientes del área de influencia del propio centro de trombectomía) frente a *drip-and-shift* (pacientes del hospital con unidad de ictus certificada por ESO).

Resultados: Se incluyeron 1.636 trombectomías (enero 2017 hasta enero 2024), 629 siguieron el modelo *drip-and-shift*. No se encontraron diferencias significativas entre grupos en sexo, edad y puntuación NIHSS al ingreso. Existieron tiempos más cortos desde inicio de síntomas hasta punción (117 vs. 180 minutos, $p < 0,001$) y hasta recanalización (177 vs. 230 minutos, $p < 0,001$) en *mothership*. Sin embargo, ambos presentaron tasas similares de recanalización (TICI 2b-3), hemorragia y mortalidad a 90 días. Las tasas de independencia funcional a 90 días (mRS 0-2) también fueron similares (52,95 vs. 49,25%, $p = 0,154$).

Conclusión: Aunque en áreas urbanas el modelo *mothership* puede tener ventajas, ambos modelos tienen resultados clínicos similares y aceptables. El *drip-and-shift* podría ser una opción en áreas con recursos limitados y regiones de bajos ingresos donde el establecimiento de varios centros de trombectomía no es factible debido al alto coste o falta de recursos humanos. En cualquier caso, es necesario tener auditorías frecuentes y tiempos cortos para garantizar que los resultados clínicos permanezcan estables.