

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.