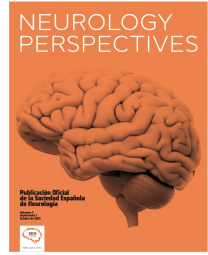




Neurology perspectives



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 Fueyo, 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.

Resumen

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), calcificación 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).