



# Neurology perspectives



## 19507 - Propuesta de clasificación arterial operativa para tratamiento endovascular utilizando TC perfusión: clasificación CAOVA

Sánchez Rodríguez, C.<sup>1</sup>; Ramos, C.<sup>1</sup>; Lorenzo Montilla, A.<sup>2</sup>; Berbegal Serralta, R.<sup>1</sup>; Vega, J.<sup>3</sup>; Alonso, C.<sup>3</sup>; Olmos, M.<sup>4</sup>; Sanabria, C.<sup>1</sup>; Somovilla, A.<sup>1</sup>; Iriarte, P.<sup>1</sup>; Reig, G.<sup>1</sup>; Ximénez-Carrillo, Á.<sup>1</sup>; Alonso, J.<sup>1</sup>; Vivancos, J.<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 Central de la Defensa Gómez Ulla; <sup>3</sup>Servicio de Radiología Intervencionista. Hospital Universitario de la Princesa; <sup>4</sup>Servicio de Radiología. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** La clasificación de oclusión arterial en segmentos de ACM clásica puede resultar confusa y dificultar inferir el territorio vascular en riesgo de sufrir infarto. Nuestro objetivo es proponer una Clasificación Arterial Operativa según el Volumen Afectado (CAOVA) ponderando el orden de división arterial ocluido y el volumen hipoperfundido, tratando de identificar mejor la oclusión de una arteria dominante.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes tratados con trombectomía mecánica (TM) por ictus en territorio de ACM/T-carotídea. Se realizó una reclasificación prospectiva según el nivel de oclusión en función de las divisiones de ACM desde carótida terminal y segmento M1 (tronco no dividido) hasta M4 (arteria dividida previamente 3 veces). La CAOVA consideró el orden de división arterial junto con el número de territorios ASPECTS afectados en Tmax en *software* convencional (CAOVA-A) y como alternativa el volumen hipoperfundido en Tmax con RAPID (CAOVA-R), reclasificando como oclusiones más graves (probablemente dominantes) aquellas con territorios afectados o Tmax superiores a la media. Como medida de utilidad práctica se utilizaron el NIHSS y la diferencia mRS basal-3 meses (mRSb-3m).

**Resultados:** De 229 analizados, mediana NIHSS: 19 (RIC: 11-23). El análisis de NIHSS presentó  $\rho = -0,27$  ( $p < 0,001$ ) según clasificación clásica, CAOVA-A fue superior con  $\rho = -0,30$  ( $p < 0,001$ ) y al utilizar CAOVA-R se obtuvo una leve mejoría  $\rho = -0,31$  ( $p < 0,001$ ). En la correlación de las clasificaciones con mRSb-3m no se identificó asociación con la clásica y sí con CAOVA-A y CAOVA-R ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** La clasificación CAOVA podría ser superior a la clásica, permitiendo la perfusión inferir de manera más clara el orden de arteria ocluida y su gravedad potencial al considerar el territorio vascular asociado.