Trombolisis endovenosa en periodo ventana extendida. Hacer o no hacer…

Nicolas Rebolledo[1]

1. Clínica Dávila

Introducción. Por qué si 1.¿Solo variable tiempo?. Considerar tejido viable/penumbra y colateralidad. 2.Éxito de trombectomía con ventana extendida hasta 24 horas. NNT bajos. 3.Muchos pacientes no son candidatos por que no se sabe “Last time seen well”. 4.Poco % de los ACV isquémicos agudos pueden optar a terapia de reperfusión. 5.Varios no tienen oclusión vaso grande proximal, por lo que son descartados en grandes ensayos clínicos de trombectomía. 6.Poca disponibilidad de centros con trombectomía mecánica. Por qué no 1.¿No hay suficiente evidencia?. 2.¿Pocos pacientes en ensayos clínicos randomizados?. 3.¿No hay beneficio con respecto a funcionalidad y mRS score futuro?. 4.¿Más complicaciones neurológicas?. ¿Hematomas cerebrales?. 5.¿Mayor mortalidad?. 6.¿Riesgo supera beneficio?. Caso Clínico. Femenina, 73 años. mRS 03 (Artrosis). Afasia y hemiparesia derecha ictal en actividad (supermercado). En servicio de urgencia, NIHSS 15 con oclusión de M2 distal izquierda. Solo trombolisis endovenosa. Se logró recanalización luego de trombolítico. Recuperación de NIHSS muy precoz. NIHSS 0 al alta, mRS 03. Causa criptogénico. Discusión.. ¿Por qué no? 1. Falta información con respecto a los pacientes donde se sabe el inicio de la sintomatología y llegan con mas de 4.5 horas, ya que en la mayoría de los trabajos, los pacientes incluidos son “Wake up stroke” (WUS). 2. Solo el 30% de los pacientes recibe terapia endovenosa en ventana extendida por tiempo (inicio de síntomas claro con mas 4,5 horas). 3.Mejoría neurológica precoz del NIHSS en 24 a 30% de los pacientes. El fenómeno de recanalización y reperfusión precoz, son las variables que mas interfieren en outcome final de los ensayos clinicos (mRS score a 90 días). 4. El numero de hematomas sintomáticos no es mayor con respecto a los otros ensayos pivotes de trombolisis endovenosa y trombectomía mecánica, oscilando 5-7%. 5. No hay mayor mortalidad en pacientes adecuadamente seleccionados. 6.La evidencia apoya el uso de las secuencias avanzadas, sobre todo en los que despiertan con el déficit neurológico. Menos evidencia hay con respecto en los que sabe el inicio de los síntomas y llegan mas alla de las 4,5 horas Conclusión. Volviendo a nuestro paciente... 1.¿Era necesario la toma de imágenes con perfusión para decidir inicio de trombólitico?. 2.¿Bastaba solo con el mismatch DWI/FLAIR para toma de desiciones?. 3.¿Estamos demorando las terapias?. 4.Considerando el avance tecnológico y el ”boom” de Inteligencia Artificial, ¿Necesitaremos secuencias de DWI/FLAIR y/o secuencias de perfusión o solo bastaría un análisis mas adecuado por IA para la toma decisiones?. 5. Quizas en un futuro no lejano, en centros donde no hay disponibilidad de imágenes avanzadas, con la ayuda de TAC + angioTC cerebro y cuello, además de una adecuada evaluación imagenológica y clínica, varios pacientes podrían a optar a una terapia de reperfusión independiente de la variable tiempo y perfusión.