

Bibliografía Comentada y Resumida sobre:

IV tPA is associated with increase in rates of intracerebral hemorrhage and length of stay in patients with acute stroke treated with endovascular treatment within 4.5 hours: should we bypass IV tPA in large vessel occlusion?

Ameer E Hassan^{1,2,3}, Victor M Ringheanu², Laurie Preston^{2,3}, Wondwossen Tekle^{1,3}, Adnan I Qureshi^{4,5}.

¹ Department of Neurology, University of Texas Rio Grande Valley School of Medicine, Edinburg, Texas, USA

² Department of Clinical Research, Valley Baptist Medical Center - Harlingen, Harlingen, Texas, USA

³ Neuroscience Department, Valley Baptist Medical Center - Harlingen, Harlingen, Texas, USA

⁴ Zeenat Qureshi Stroke Institute, St. Cloud, Minnesota, USA

⁵ Department of Neurology, University of Missouri School of Medicine, Columbia, Missouri, USA

Para ver el artículo en su versión original haga [click aquí](#)

¿Se asocia el tPA IV con el aumento de las tasas de hemorragia intracerebral y duración de la estancia en pacientes con accidente cerebrovascular agudo tratamiento con tratamiento endovascular en un plazo de 4,5 horas: deberíamos saltar tPA IV en la oclusión de grandes vasos?

Fausto Motta Ferraz. - Neurorradiologista Intervencionista - Hospital das Clinicas – Universidade de São Paulo

José Guilherme M P Caldas. - Professor Livre Docente, Hospital das Clinicas, Universidade de São Paulo

Sao Paulo, Brasil

Este documento muestra un análisis comparativo entre 189 pacientes sometidos a trombectomía mecánica directa (80 pacientes), o asociada con el uso de Alteplase (109 pacientes), destacando el efecto nocivo de la asociación trombolítica en tasas de hemorragia sintomática intra parenquimatosa.

Se trata de un estudio retrospectivo no randomizado, que comprende pacientes cuya contraindicación para el uso de trombolítico los definió como elegibles para el brazo de análisis de solo trombectomía, frente a los pacientes sometidos a trombectomía asociado con el uso de TPA intravenosa, analizándose como resultado las tasas de mortalidad, de escala de Rankin modificada 0-2 en el alta hospitalaria, de TICI 2b/3 post tratamiento, de éxito de recanalización, de hemorragia intra parenquimatosa

sintomática y así como el costo y el tiempo de hospitalización.

El grupo sometido al uso de Alteplase también tuvo un análisis subdividido en pacientes en los que la trombectomía se realizó dentro de los 60 minutos de la perfusión de la droga y 61 minutos después de la perfusión de la misma.

Según los resultados obtenidos, el grupo sometido únicamente a trombectomía tenía una menor tasa de hemorragia intraparenquimatosa sintomática, (p-0,04) y una estancia hospitalaria más corta (p-0,005) con significancia estadística.

Entre los factores epidemiológicos sometidos al análisis multivariado, este grupo también tuvo un mayor número de pacientes con diabetes mellitus (p-0,03), hipertensión (p-0,06), fibrilación auricular (p-0,03) y edad media superior (p-0,05).

Cuando se ajustan los factores de confusión asociados con estos datos epidemiológicos, la hemorragia intraparenquimatosa sintomática mostró una tendencia aún mayor a que ocurriera este evento (p-0.03). Considerando la subdivisión del grupo tPA, la gama de pacientes que recibieron el medicamento hasta 60 minutos tenía tasas absolutas más bajas de hemorragia intraparenquimatosa sintomática (9,1% x 16,9%) y significación estadística con una edad media inferior a las que recibió el medicamento 61 minutos después de realización de la trombectomía (pág. 0,01).

Comentarios:

- Debates respecto sobre el uso obligatorio de tPA en pacientes con la indicación de trombectomía mecánica ha ido ganando espacio en el entorno científico. Hay factores indudables de beneficio de la droga, como el efecto de la migración o fragmentación del trombo proximal, inalcanzable a los materiales de trombectomía disponible. También se puede aplicar más rápidamente, dependiendo los escenarios de asistencia al accidente cerebrovascular.

- El estudio en cuestión expone una relación directa entre el uso de tPA y la hemorragia intracraneana sin mejora en las tasas de resultados favorables o mortalidad. Sin embargo, el análisis ajustado de los factores de confusión para una reducción de los valores P, cuyo extrapolación a un mayor número de los participantes pueden alcanzar significación estadística.

- Este análisis se abordó en el meta análisis de Mistry et al. ⁽¹⁾ que incluyó datos de 3 estudios con pacientes de ensayos clínicos aleatorizados (MR CLEAN, ESCAPE, REVASCAT, SWIFT PRIME, EXTEND IA, SWIFT e STAR). El tiempo de estos pacientes, la tasa de mortalidad más baja obtenida significación estadística favoreciendo la trombolítico (P-0,007), así como mejores resultados para la estado funcional después de 90 días (mRs 0-2 / OR-1.28 - P-0.12).

- Considerando el subgrupo de pacientes no sometidos a las pruebas también hubo un beneficio del uso de tPA en la mortalidad y mortalidad (OR-0,76 / P-0,08) y buen estado funcional en 90 días (OR-1,31 / P-0,06).

- Cuando se combinaron los pacientes de los 2 subgrupos, el beneficio uso previo de tPA de para un buen estado funcional y mortalidad y no hubo significación estadística en cuanto a la ocurrencia de hemorragia intraparenquimatosa, con incidencia ligeramente mayor en el grupo sometido a trombectomía con tPA (O 1,11 / P-0,67).
- Otros datos relevantes a favor del grupo IVT (tPA+) fueron el éxito en el de recanalización TICI 2b/3 (P-0.001), así como recanalización con hasta 2 pasadas (P-0.0005).
- Entre los estudios analizados en este meta análisis, sólo uno de ellos analiza pacientes referidos directamente a la trombectomía, y habiendo sido a tratamiento con trombolítico intravenoso. En los resultados, se observó que significación estadística con respecto a la menor mortalidad (0,07) y la menor tasa de mortalidad hemorragia intra parenquimática asintomática (P-0,023), se observó sólo después del análisis multivariable.
- En vista de estos resultados contradictorios, es imperativo que la definición por el uso de tPA se realice después de un ensayo clínico randomizado. En conclusión, todavía hay beneficio de la administración de tPA en pacientes que estén en centro avanzado para el tratamiento de accidentes cerebrovasculares, teniendo así la condición de someterse a tratamiento de trombectomía directa. Sin embargo, para los pacientes con accidente cerebrovascular en hospitales secundarios o en situaciones en que habrá retraso para que paciente acceda a la sala de trombectomía, el uso de tPA siempre debe ser considerado.

Referencia:

- 1- Broeg-Morvay A., Mordasini P., Bernasconi, C. et al. - Direct Mechanical Intervention Versus Combined Intravenous and Mechanical Intervention in Large Artery Anterior Circulation Stroke. A Matched-Pairs Analysis. Stroke - 2016 Apr;47(4):1037-44.