



Radiología



0 - Ictus ISQUÉMICO agudo. Neurorradiología intervencionista

P. Vega Valdés y E. Murias Quintana

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Resumen

Objetivos docentes: Exponer las pautas para obtener la máxima eficacia al realizar el tratamiento endovascular del ictus isquémico agudo.

Discusión: El tratamiento endovascular del ictus isquémico agudo ha evolucionado en los últimos años desde la inyección intraarterial de fármacos fibrinolíticos hasta la trombectomía mecánica en la que se emplean dispositivos que consiguen fragmentar o extraer el trombo causante de la obstrucción. Pero la verdadera revolución ha llegado con la utilización de los dispositivos “stentrievers” que consiguen de forma rápida y segura elevadas tasas de recanalización que se asocian a un incremento en la tasa de buen estado funcional del paciente como se ha demostrado en series de casos publicadas. Este desarrollo se ha visto ensombrecido tras la publicación de tres estudios aleatorizados que comparan el tratamiento endovascular con la fibrinólisis intravenosa, cuyos resultados han sido negativos para el primero. Con estos antecedentes, debemos elaborar protocolos de actuación que nos permitan que el tratamiento endovascular se aplique en las mejores condiciones posibles. Para ello y, dado el vacío existente en lo que a la evidencia científica se refiere, debemos basarnos en nuestra propia experiencia clínica y en la de las series de casos publicadas a la espera de los resultados de los estudios aleatorizados puestos en marcha. El factor más importante es que el tratamiento endovascular se debería iniciar lo antes posible. Se puede conseguir si se crean centros de referencia dotados con neurorradiología intervencionista que tengan un área de influencia razonablemente pequeña, si se trasladan directamente a estos centros los pacientes con ictus graves (antes de realizar la TC basal), si se conoce cuál es la arteria obstruida para no perder tiempo con la fibrinólisis intravenosa cuando ésta tiene pocas posibilidades de ser eficaz y si se evita la anestesia general. Otro factor importante es seleccionar a los pacientes en los que se haya demostrado la viabilidad de una parte importante del tejido cerebral isquémico para evitar recanalizaciones inútiles. El método diagnóstico ha de ser rápido y accesible, generalmente la TC perfusión, reservando la RM para casos seleccionados. Una vez seleccionado al paciente en el momento más precoz posible, el siguiente punto fundamental es que el tratamiento lo realicen profesionales especializados que utilicen dispositivos extractores de última generación y dispongan de alternativas para aquellos casos en los que no funcionan éstos. Por último, los cuidados postoperatorios deben realizarse en áreas especializadas, preferiblemente unidades de ictus.