

4. Mistry EA, Mistry AM, Nakawah MO, Chitale RV, James RF, Volpi JJ, et al. Mechanical Thrombectomy Outcomes With and Without Intravenous Thrombolysis in Stroke Patients: A Meta-Analysis. *Stroke*. 2017;48(9):2450–6.
5. García Huertas D, Pino Sánchez FI, García Bautista E, Cruz Valero I, Pérez Bailón A, Guerrero López F, et al. Estudio comparativo de pacientes ingresados en Cuidados Intensivos Neurotraumatológicos con ictus isquémico agudo según el tratamiento de perfusión recibido. *Med Intensiva*. 2018;42(Espec Cong):30–1.

F. Pino Sánchez*, A. Fernández Carmon, M.V. Muñoz Marina y E. Fernández Mondéjar

Unidad de Cuidados Intensivos Neurotraumatológica, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paquipin@gmail.com (F. Pino Sánchez).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.07.001>
0210-5691/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

En respuesta a «Trombectomía mecánica en el ictus isquémico agudo, conociendo nuestros resultados»



In reply to “Mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke, knowing our results”

Sr. Editor:

Agradecemos a los autores el interés y los comentarios sobre nuestro artículo «Resultados y evolución funcional de pacientes críticos con ictus isquémico sometidos a trombectomía mecánica» y nos gustaría realizar algunas consideraciones:

Compartimos plenamente con los autores de la carta la importancia de las unidades de cuidados intensivos (UCI) y los especialistas en medicina intensiva en cuanto a sus aportaciones al buen manejo del paciente neurocrítico. Los intensivistas debemos mantener una actitud proactiva en el ingreso de pacientes con ictus, no solo de los pacientes con mayor nivel de gravedad que requieran todo el soporte de tratamiento propio de una UCI, sino también de aquellos otros con menor nivel de gravedad, pero en cuyo hospital no exista unidad de ictus y en los cuales un buen control de las variables neurofisiológicas puede conseguir que alcancen mejores resultados funcionales. Considerando que la enfermedad cerebrovascular constituye una de las primeras causas de mortalidad y discapacidad, su tratamiento multidisciplinar junto con neurología, neurorradiología intervencionista y neurocirugía constituye un desafío sanitario importante.

Efectivamente el tratamiento de los ictus isquémicos ha cambiado mucho en los últimos años y nuestro grupo ha ido también evolucionando desde la inicial fibrinólisis, exclusivamente intravenosa, a la intraarterial¹, el tratamiento endovascular (TEV) y la combinación de terapias. Con respecto al comentario de que la indicación del TEV actual es hasta 24 h desde el inicio de la clínica y menos estricta que la reflejada en nuestra serie, es correcto y nosotros también hemos ido ampliando el tiempo de TEV, pero recordamos que los pacientes de nuestro estudio pertenecían a los años 2012-2014 y, por lo tanto, estaban sujetos a criterios más restrictivos para el TEV.

Con respecto a la baja tasa de pacientes con fibrinólisis sistémica de nuestra serie, efectivamente es menor

a la de otros estudios publicados, pero debe tenerse en cuenta que se trata de una cohorte sesgada hacia la mayor gravedad clínica y, por tanto, hacia oclusiones arteriales más proximales, en las que sabemos, tras más de 20 años de uso de la alteplasa en pacientes con ictus agudo, que su efecto es muy escaso², ofreciendo la trombectomía mecánica en estos pacientes mejores resultados. La guardia de neurorradiología intervencionista de nuestro hospital tiene una capacidad de respuesta muy rápida, por lo que, en este subgrupo de pacientes, se opta con frecuencia por obviar el paso previo de la fibrinólisis intravenosa, a la vista de la inmediata disponibilidad de esta opción y el consumo de tiempo que supone en pacientes que probablemente no van a tener una respuesta eficaz. Por otro lado, la superioridad del tratamiento combinado ha sido cuestionada por algunos estudios recientes^{3,4}.

Felicitemos a los autores por su experiencia y buenos resultados, y estamos de acuerdo en la necesidad de realizar estudios multicéntricos que profundicen en los resultados del tratamiento endovascular. Nuestro hospital participará próximamente en un estudio randomizado multicéntrico internacional, SWIFT DIRECT TRIAL⁵, donde se compararán los resultados clínicos entre las 2 estrategias de tratamiento TEV y TEV más fibrinólisis iv.

Bibliografía

1. Escudero D, Molina R, Viña L, Rodríguez P, Marqués L, Fernández E, et al. Tratamiento endovascular y trombectomía intraarterial en el ictus isquémico agudo. *Med Intensiva*. 2010;34:370–8.
2. Murphy A, Symons SP, Hopyan J, Aviv RI. Factors influencing clinically meaningful recanalization after IV-rtPA in acute ischemic stroke. *Am J Neuroradiol*. 2013;34:146–52.
3. Abilleira S, Ribera A, Cardona P, Rubiera M, López-Cancio E, Amaro S, et al. Catalan stroke code and reperfusion consortium. Outcomes After Direct Thrombectomy or Combined Intravenous and Endovascular Treatment Are Not Different. *Stroke*. 2017;48:375–8.
4. Choi JH, Im SH, Lee KJ, Koo JS, Kim BS, Shin YS. Comparison of outcomes after mechanical thrombectomy alone or combined with intravenous thrombolysis and mechanical thrombectomy for patients with acute ischemic stroke due to large vessel occlusion. *World Neurosurg*. 2018;114:e165–72.

5. NIH US National Library of Medicine. Clinical trials.gov. Fecha de comienzo 20 Jun 2017 [última actualización 28 Jun 2018 [consultado 12 Jul 2018]. Disponible en: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03192332>.

L. Viña Soria^{a,d,*}, D. Escudero Augusto^{a,d},
S. Calleja Puerta^b, P. Vega Valdés^c, L. López Amor^{a,d}
y L. Martín Iglesias^{a,d}

^a *Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España*

^b *Servicio de Neurología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España*

^c *Servicio de Radiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España*

^d *Grupo de Investigación de Microbiología Traslacional, Instituto de Investigación del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo, Asturias, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luciavina@yahoo.es (L. Viña Soria).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.07.020>

0210-5691/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.