



18901 - Comparativa de dos protocolos de manejo de la tensión arterial tras la recanalización completa (TICI2c-3)

Sánchez Boyero, M.¹; Portocarrero Sánchez, L.¹; García Ruiz, M.¹; Palliotti, L.¹; Simal Hernández, P.²; Pérez García, C.³; Moreu Gamazo, M.³; Rosati, S.³; López-Frías Jurado, A.³; Egido, J.²; Gómez-Escalona Escobar, C.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; ²Unidad de Ictus. Hospital Clínico San Carlos; ³Servicio de Neurorradiología Intervencionista. Hospital Clínico San Carlos.

Resumen

Objetivos: No existe actualmente un consenso definido sobre el manejo óptimo de la tensión arterial en las primeras 24h tras conseguir la recanalización completa (TICI2c-3). Comparar los resultados clínicos y de neuroimagen de dos protocolos de manejo de las cifras tensionales tras la recanalización completa: tratamiento conservador (TAS 185 mmHg) vs tratamiento activo (TAS 150 mmHg).

Material y métodos: Estudio descriptivo de un registro consecutivo de pacientes con oclusión de arteria carótida intracraneal o de cerebral media, sometidos a trombectomía con recanalización completa. Se realiza una comparativa de resultados clínicos y de neuroimagen en dos períodos de estudio: tratamiento conservador (marzo 2017 a marzo 2020) vs. tratamiento activo (abril 2020 a septiembre 2022).

Resultados: 107 pacientes (tratamiento conservador) y 125 pacientes (tratamiento activo) reunieron los criterios de inclusión. Basalmente el grupo de tratamiento activo tienen un mayor porcentaje de pacientes con una escala modificada de Rankin > 2 (2,8 vs. 17,6%, p = 0,001), mayor glucemia basal (122 vs. 134 mg/dl, p = 0,042) y menor tiempo inicio-recanalización (228 vs. 210 minutos, p = 0,041); sin existir diferencias significativas en las variables demográficas, factores de riesgo vascular, gravedad clínica o estudios de neuroimagen. En el análisis multivariante el grupo de tratamiento activo presenta menor tamaño de infarto (p = 0,045) con menor edema cerebral (p = 0,019) en la neuroimagen de control a las 24 h, así como menor mortalidad de causa neurológica (p = 0,001).

Conclusión: El protocolo de tratamiento activo (TAS 150) tras la recanalización completa (TICI2c-3), reduce el tamaño del infarto y el desarrollo de edema cerebral con disminución de la mortalidad de causa neurológica.