



Neurology perspectives



19730 - Estudio multicéntrico de tratamiento endovascular en trombosis venosa cerebral

Alonso Maroto, J.¹; Cañada, E.¹; Ramos, C.¹; Gómez Escalonilla, C.²; de Felipe, A.³; Calleja, P.⁴; de la Riva, P.⁵; Tejero, C.⁶; Llull, L.⁷; Simal, P.²; García, S.³; Seoane, D.⁴; Vega, J.⁸; Ximénez-Carrillo, Á.¹; Vivancos, J.¹; Trillo, S.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; ²Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; ³Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; ⁶Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; ⁷Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; ⁸Servicio de Radiología. Hospital Universitario de la Princesa.

Resumen

Objetivos: La trombosis venosa cerebral (TVC) supone un potencial desafío clínico cuyo tratamiento se basa en la anticoagulación, siendo en ocasiones necesario tratamiento endovascular (TEV) de rescate. El objetivo de este estudio es determinar el perfil clínico y radiológico de las TVC que se someten a TEV, así como su evolución y pronóstico.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes atendidos de 2008 a 2022 en 7 centros de ictus nacionales con TVC sometidos a TEV. Se estudió su perfil clínico, radiológico, manejo terapéutico, evolución, técnica, complicaciones y pronóstico.

Resultados: N = 17 TVC tratadas mediante TEV, 25% debido a situación crítica, 75% a empeoramiento clínico ± radiológico refractario a anticoagulación. Edad 43 años (DE 18), 70,5% mujeres, mRS previo 0 (0-1). Previamente al TEV: GCS 12 (9-15), NIHSS 9 (3-17), encefalopatía 53%, estatus epiléptico 11%, edema 77,7%, infarto hemorrágico 66,6%. Técnica: aspiración 80%, disrupción y extracción 20%, *stenting* venoso 10%, fibrinolítico local 33,3%. Durante TEV: 1 trombosis arteria basilar satisfactoriamente recanalizada, 1 rotura del seno venoso obstruido (5,8%). Tras TEV: herniación con necesidad de craniectomía 16,7%, mortalidad intrahospitalaria 17,6%, mRS > 3 a 3 meses 42,9% de supervivientes.

Conclusión: En nuestro estudio observamos cómo el TEV se administró a pacientes con TVC que por su evolución clínica experimentaron clínica grave al inicio o como terapia de rescate si hubo empeoramiento del nivel de conciencia o focalidad neurológica de forma refractaria a anticoagulación. Se realizará un registro multicéntrico con la colaboración de otros centros nacionales para analizar el candidato idóneo para estas terapias.