

TRATAMIENTO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Treatment of cerebrovascular accident in childhood and adolescence

Hugo A. Arroyo

Hospital de Pediatría SAMIC Prof. Dr. Juan P Garrahan, Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN. El tratamiento de un paciente con ACV isquémico en la edad pediátrica es probablemente una de las emergencias más confusas y estresantes que enfrenta un neuropediatra. Ha sido poco estudiado en niños y la mejor evidencia surge de la extrapolación de la literatura de adultos, de estudios de casos y cohortes y de opiniones de consenso. Actualmente contamos con tres guías para el diagnóstico y tratamiento del ACV las que serán revisadas discutiendo las similitudes y diferencias en las distintas situaciones que se presentan en los niños con ACV.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular, Apoplejía, Trastorno cerebrovascular.

INTRODUCCIÓN

Los neurólogos infantiles hemos dejado de considerar el accidente cerebrovascular (ACV) como un patología excepcional, idiopática y benigna.^{1,2} El tratamiento del ACV ha sido poco estudiado en niños y la mejor evidencia surge de la extrapolación de la literatura de adultos, de estudios de casos y cohortes y de opiniones de consenso.³ Sólo un ensayo controlado aleatorizado se realizó para el tratamiento del ACV en niños con anemia de células falciformes.⁴ Se han publicado tres guías para el tratamiento y prevención del ACV en la infancia. La primera,⁵ la del Royal College of Physicians (RCP) en el 2004, utilizó nivel de evidencia y recomendación siguiendo a SIGN 50 y en el 2008, la de la American College of Chest Physicians (ACCP) que siguió los grados de recomendación de la ACCP.⁶ La guía de la American Heart Association (AHA) que utilizó las clases y niveles de evidencia según el AHA Stroke Council's Recommendations.⁷ Se podría en una forma didáctica dividir la atención del niño según el tiempo transcurrido desde el inicio del evento isquémico o sea en el período agudo intrahospitalario y el tratamiento a largo plazo del paciente externado. En esta revisión solo nos dedicaremos al primer grupo de tratamientos.

TRATAMIENTO AGUDO DEL ACV

El tratamiento agudo del ACV implica dos aspectos: el primero las medidas de emergencia generales que tiene como objetivo la inmediata sobrevida del paciente, la prevención del daño cerebral secundario y las medidas específicas destinadas a restituir la circulación y que incluyen la terapia endovascular la trombólisis y la anticoagulación/antiagregación. Solo un 25% de pacientes con ACV fueron diag-

nosticados dentro de la tres a seis horas, que son los límites establecidos para el tratamiento trombolítico en adultos.⁸

1) NEUROPROTECCIÓN Y PREVENCIÓN DEL DAÑO CEREBRAL SECUNDARIO

En la mayoría de los ACV existen áreas de penumbra potencialmente recuperables que deberían ser protegidas. Se deberá tener en cuenta varios aspectos generales:

Oxigenación: Es prudente mantener niveles normales de oxígeno y de CO₂ en sangre. Evitar la hipoxia aunque el papel de oxígeno suplementario en niños sin desaturación no es aconsejable.

Glucemia: Mantenerse dentro del rango normal, corrigiendo en forma rápida la glucosa baja.

Temperatura corporal: Evitar la hipertermia con un rápido tratamiento del foco infeccioso, antipiréticos y medidas físicas. La hipotermia aún es una terapia no aprobada para el ACV isquémico en niños e inclusive no mostró su utilidad en protocolos de adultos.⁹

Presión arterial (PA): Evitar la hipotensión y los estímulos hipotensores y por otra parte mantener la normovolemia. La PA elevada sería una contraindicación relativa para la anticoagulación.-

Convulsiones: Se deberán detectar utilizando un monitoreo EEG y tratar en forma rápida. No hay ninguna evidencia que apoye el uso de anticonvulsivos profilácticos.

Deterioro de conciencia: El niño debe ser controlado con el score de Glasgow. Si hay un descenso en el score debe internarse en una unidad de terapia intensiva pediátrica y eventualmente intubado y ventilado.

Edema cerebral- Hipertensión endocraneana: Los niños tienen menor espacio intracraneal para adaptarse al edema que acompaña a los infartos masivos. Similar problema se presenta con los ACV de la circulación posterior que comprometen el cerebelo con riesgo de hernia cerebelosa y/o hidrocefalia obstructiva por obliteración del 3º ventrículo. El edema maligno que suele presentarse en el 2do o 3er día,

Dirigir correspondencia a: Dr. Hugo A. Arroyo, Servicio de Neurología, Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P Garrahan", French 3542 6P, Buenos Aires, Argentina (1425); email hugoarroyo@arnet.com.ar

Declaración de Conflicto de Interés: El autor no tiene conflicto de interés que declarar en relación a este artículo.