

puede ser muy precoz y deberá considerarse esta complicación cuando el paciente presenta deterioro del nivel de conciencia, anomalías pupilares unilaterales u otro signo de disfunción de tronco. El manejo de la hipertensión endocraneana requerirá monitoreo, inmovilización, sedación, niveles adecuados de CO₂ y terapia osmótica. La hemicranectomía descompresiva o la descompresión de fosa posterior han demostrado su utilidad en adultos jóvenes.³

2) TERAPIA ENDOVASCULAR

El objetivo del tratamiento endovascular es la recanalización del vaso ocluido, restaurar el flujo sanguíneo al cerebro isquémico y la prevención de nuevos episodios.

Trombólisis

En adultos con ACV isquémico la administración IV de tPA (del inglés *Tissue plasminogen activator*) dentro de las tres horas o hasta 4.5 horas de aparición de los síntomas se asocia con mejor pronóstico a los tres meses^{10,11} y a un año.¹² Es el único tratamiento médico aprobado para esta condición. Los que llegan a la consulta fuera de esta ventana terapéutica o con contraindicaciones al tPA IV pueden beneficiarse de la administración intraarterial^{13,14} o trombolisis/trombectomía mecánica con una variedad de dispositivos endovasculares.¹⁵

¿Cuál es la experiencia y recomendaciones en niños y adolescentes? Ellis et al¹⁶ revisaron los casos publicados de ACV isquémico en los que se había utilizado terapia trombolítica endovascular. Se recopilaron 34 casos. El tiempo medio del inicio de los síntomas al tratamiento endovascular fue de 14 horas. La mayoría, 23, recibieron terapia intraarterial, nueve intraarterial y trombolisis mecánica y solo dos trombolisis mecánica. Un 74% de los pacientes tuvieron una recanalización completa o parcial y el 29% de los niños complicaciones. Los autores comentan que dado el escaso interés en reportar casos con complicaciones severas o fatales los resultados mencionados pueden no tener verdadera significación clínica.

Las diferencias fisiológicas y patológicas entre el ACV isquémico en el niño y el adulto hacen muy difícil por lo tanto trasladar la experiencia acumulada en adultos, y como ejemplo de esto las dosis de tPA en niños aún no han sido definidas así como tampoco no se han aprobado el uso de dispositivos endovasculares. Estas dificultades no serán fáciles de resolver ya que un ensayo patrocinado por el Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos se debió interrumpir por no reclutar pacientes.¹⁷ Actualmente se considera que dada la falta de datos de seguridad y eficacia del tPA, su uso no se recomienda si no es en un protocolo de investigación. Una experiencia similar se publicó con pacientes enrolados en el Internacional Pediatric Stroke Study.¹⁸

Quince pacientes recibieron alteplase 9 por vía IV y 6 por vía arterial. Dos pacientes fallecieron. Al alta un paciente quedó sin secuelas y 12 tenían déficit neurológico. Cuatro niños tuvieron hemorragia cerebral post alteplase pero en ninguno de ellos fue sintomática. La evolución de este grupo

comparadas con otros 10 casos publicados y que también recibieron alteplase IV fue más sombrío lo que hace pensar en un sesgo al publicar casos con mejor evolución.

Trombectomía mecánica

Ellis et al¹⁶ recopilaron 11 pacientes pediátricos que recibieron tratamiento endovascular mecánico. La trombectomía mecánica tuvo menos complicaciones que el grupo de pacientes que había recibido tPA intraarterial. Como con el uso de tPA la trombectomía mecánica no está recomendada en niños excepto en ensayos terapéuticos pero podría ser beneficiosa en adolescentes.¹⁹

Terapia antiplaquetaria

La guía del RCP propone administrar aspirina (5 mg/kg/d) cuando hay una confirmación radiológica de ACV isquémico excepto en pacientes con evidencia de hemorragia intracraneal o con anemia de células falciformes.⁵ Una indicación similar es dada por la Guía de la ACCP aunque también propone heparina no fraccionada (HNF) o heparina de bajo peso molecular (HBPM) hasta que se haya excluido una causa cardioembólica o disección.⁶ Las opciones de terapia antiplaquetaria son limitadas en niños. El ácido acetilsalicílico (ASA) tiene una larga trayectoria como droga segura y la dosis es de 1-5 mg/kg/d. El clopidogrel es la mejor alternativa y ha demostrado ser seguro y bien tolerado en niños. La dosis actualmente recomendada es de 0.5-1 mg/Kg/d. La terapia antiplaquetaria sigue siendo un pilar importante para la prevención a largo plazo. Parecería que la mayor indicación sería en aquellos ACV por arteriopatías. El tiempo de tratamiento para la prevención secundaria no está definido pero si sospechamos que los vasos no son normales la profilaxis con ASA puede extenderse por 2-4 años.²⁰

Anticoagulación

Si se sospecha que en el ACV interviene un trastorno primario de la coagulación debería considerarse la anticoagulación. Las dos guías del 2008^{6,7} sugieren el uso de HNF /HBPM hasta que se descarte una causa cardioembólica y disección⁶ o por una semana hasta que la causa sea determinada⁷ y coinciden en continuar con aspirina como mantenimiento. La HNF se administra por vía IV y la dosis y monitoreos requeridos son del resorte del hematólogo. Uno de los efectos colaterales más importante es el sangrado. La HBPM se ha transformado en el anticoagulante de elección. Requiere menos monitoreo, no interfiere con otras drogas o dieta y se administra por vía subcutánea. Los antagonistas de la vitamina K (AVK) reducen la concentración plasmática de los factores K dependientes (II, VII, IX, y X). Requiere un intenso monitoreo en niño y ajustes de las dosis. La hemorragia es el principal efecto adverso.

SITUACIONES ESPECÍFICAS

Enfermedad cardíaca

Hasta una cuarta parte de los ACV isquémicos en niños