

3. En los niños con ACF que tienen velocidades DTC > 200 cm./s en un control habitual, recomendamos transfusiones de sangre con frecuencia regular, que deben continuarse indefinidamente (grado 1B).

La guía RCP.<sup>5</sup>

*En niños con ACF y ACV isquémico arterial:*

1. Debería realizarse urgente transfusión para reducir HbS a <30% y el aumento de hemoglobina a 10–12.5 g/dl.
2. Si el paciente ha tenido un evento neurológico en el contexto de anemia severa (crisis aplásica o secuestro esplénico), o si la exanguinotransfusión va a demorarse por más de cuatro horas, debería realizarse una transfusión urgente.

#### Trombosis de senos venosos cerebrales (TSVC)

El ACV puede también ser secundario a una oclusión en el drenaje venoso cerebral. Las siguientes son recomendaciones para el tratamiento de la TSVC según la AHA.<sup>7</sup>

#### *Recomendaciones Clase I*

Los niños con una TVSC y con sospecha de infección bacteriana deben recibir antibióticos apropiados (clase I, nivel de evidencia C).

#### *Recomendaciones Clase II*

1. Es razonable instituir o HNF IV o HBPM subcutánea en niños con TSVC, si hay o no hay hemorragia secundaria, seguida por anticoagulación oral durante 3 a 6 meses (clase IIa, nivel de evidencia C).
2. En niños seleccionados con TSVC puede considerarse la administración de un agente trombolítico (clase IIb, nivel de evidencia C).

#### *Según la guía ACCP.<sup>6</sup>*

1. Para los niños con TSVC sin hemorragia cerebral significativa, se recomienda anticoagulación inicialmente con HNF o HBPM y posteriormente con HBPM o anti-

coagulantes orales durante un mínimo de 3 meses (grado 1B).

2. Sugerimos si después de 3 meses de la terapia la re- canalización radiológica del seno es incompleta o los síntomas continúan, administrar otros 3 meses de la anticoagulación (grado 2C).
3. Para los niños con TSVC con hemorragia significativa, sugerimos vigilancia radiológica de la trombosis 5 a 7 días. Si la propagación del trombo se observa en ese momento, sugerimos anticoagulación (grado 2C).
4. Sugerimos que los niños con TSVC en el contexto de un riesgo recurrente potencial (por ejemplo, síndrome nefrótico, terapia con L-asparaginasa) deben recibir anticoagulación profiláctica durante el tiempo de riesgo de recurrencia (grado 2C).
5. Sugerimos la trombolisis trombectomía o descompresión quirúrgica sólo en niños con severa TSVC, para quien no hay ninguna mejoría con la terapia inicial de HNF (grado 2C).

#### *Según la guía RCP.<sup>5</sup>*

Se debe considerar la anticoagulación en niños con TSVC si no hay ninguna hemorragia en el cerebro (nivel de recomendación C).

## CONCLUSIONES

El tratamiento del ACV en niños está basado en consenso de expertos y opiniones de sociedades que a su vez difieren entre ellos lo que demuestra la necesidad de ensayos terapéuticos prospectivos. Algunos conceptos prevalecen como la utilidad de la anticoagulación en agudo usando heparina o antiagregantes. El uso prolongado de ASA en todos los pacientes o en aquellos de alto riesgo es materia de debate. Sí, hay un acuerdo entre los distintos consensos que no hay suficientes evidencias a favor o en contra de la trombolisis aunque la práctica clínica difiere en los diversos centros.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arroyo HA, Buompadre MC. Pronóstico del accidente cerebrovascular isquémico. En: González G, Arroyo HA. Accidente cerebrovascular en la infancia y adolescencia. Buenos Aires: Ediciones Journal; 2011: 353-65.
2. Arroyo HA, Tamer I. Cerebrovascular disease in childhood and adolescence. *Ischaemic cerebral accidents*. *Rev Neurol* 2002;34:133-44.
3. Kirtan A. Tratamiento del accidente cerebrovascular isquémico. En: González G, Arroyo HA. Accidente cerebrovascular en la infancia y adolescencia. Buenos Aires: Ediciones Journal; 2011: 312-51
4. Adams RJ, McKie VC, Hsu L, Files B, Vichinsky E, Pegelow C, et al. Prevention of a first stroke by transfusions in children with sickle cell anemia and abnormal results on transcranial Doppler ultrasonography. *N Engl J Med* 1998;339:5-11.
5. Paediatric Stroke Working Group. Stroke in childhood Clinical guidelines for diagnosis, management and rehabilitation. [En internet] Londres: Royal College of Physician; 2004 [Consultado el 12 de enero del 2014] ] Disponible en: <http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/stroke-in-childhood-guideline.pdf>
6. Monagle P, Chalmers E, Chan A, DeVeber G, Kirkham F, Massicotte P, et al; American College of Chest Physicians. Antithrombotic therapy in neonates and children: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines 8th ed. *Chest* 2008;133(6 Suppl):887S-968S
7. Roach ES, Golomb MR, Adams R, Biller J, Daniels S, Deveber G, et al. American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Disease in the Young. Management of stroke in infants and children: a scientific statement from a Special Writing Group of the American Heart Association Stroke Council and the Council on Cardiovascular Disease in the Young. *Stroke* 2008;39(9):2644-91.
8. Rafay MF, Pontigon AM, Chiang J, Adams M, Jarvis DA, Silver F, et al. Delay to diagnosis in acute pediatric arterial ischemic stroke. *Stroke* 2009;40:58-64.
9. Den Hertog HM, van der Worp HB, Tseng MC, Dippel DW. Cooling therapy for acute stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;jan 21;(1):CDOO 1247. doi: 10.102/14651858.CDOO 1247.pub2.
10. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA