



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

OC-026 - ¿PUEDE UN SOLO BOLO DE UROQUINASA ADMINISTRADO A NIVEL DE LAS CISTERNAS BASALES AYUDAR A PREVENIR LAS CONSECUENCIAS DE LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA?

V. Vanaclocha Vanaclocha, J.M. Gallego Sánchez, M. Sánchez Pardo, F. Goig Revert, J.M. Duarte Clemente, D. Aliaga Cambrero, A. Hernández Valido, S. Santillán Íñiguez, K. Cano Couto, E. Bernal, G. Marchante

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España.

Resumen

Introducción: En los 80' la lisis del coágulo subaracnoideo aneurismático con uroquinasa o alteplasa (rtPA) demostró reducir eficazmente el vasoespasmio y los déficits isquémicos neurológicos, mejorando la supervivencia y el resultado clínico. Sin embargo, se abandonó esta modalidad de tratamiento cuando apareció el tratamiento endovascular.

Objetivos: Comprobar si la lisis del coágulo subaracnoideo mediante uroquinasa reduce el vasoespasmio, la duración de la estancia en UCI, la mortalidad, la necesidad de derivación permanente del LCR, y mejora los resultados de los pacientes.

Métodos: Enero 2007-diciembre 2019. 415 pacientes, aneurismas saculares, seguimiento de > 1 año. Grupos: ningún tratamiento (42), solo drenaje ventricular externo (16), terapia endovascular (155), clipaje (53), clipaje + uroquinasa UI 100.000 (116) y aneurisma cerebral incidental (33).

Resultados: La incidencia y la gravedad del vasoespasmio, la necesidad de derivación permanente del LCR y la mortalidad en la hemorragia subaracnoidea de grado \geq III de Fisher fueron mayores con el tratamiento endovascular que con el clipaje quirúrgico asociado con la administración simultánea de uroquinasa a nivel de las cisternas basales. En los grados I y II de Fisher no hubo diferencias. Los mejores resultados de GOSE al alta, seguimiento a los 6 y 12 meses se observaron en las Fisher \geq III con clipaje de emergencia más administración simultánea de uroquinasa (diferencia más significativa cuanto mayor era el grado de Fisher). No se observaron hemorragias intraventriculares, subaracnoideas, subdurales o epidurales, ni fibrinólisis sistémicas ni infecciones que pudieran relacionarse con la administración de uroquinasa.

Conclusiones: La administración de uroquinasa en bolo único de 100.000 UI a nivel de las cisternas basales reduce el vasoespasmio, la mortalidad y la necesidad de derivación permanente del LCR. No se asocia con un aumento de hemorragias intracraneales ni de fibrinólisis sistémica.