

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

“¿CLIPS O COILS?”

Loch Mac Donald, R. Universidad de Toronto, Canada

Darsaut, T. Barrow Neurological Institute, USA

Journal of Neurosurgery

Sep 2015; 123:3:605-608

Se trata de un interesante comentario sobre el BRAT (Barrow Ruptured Aneurysm Trial), y la respuesta del autor responsable del mismo.

Surgen según el comentario, de acuerdo al investigador canadiense, muchas preguntas a partir de los datos del BRAT.

- a. **El BRAT despierta mucho debate, a partir de su conclusión de que no hay diferencia en los resultados entre el tratamiento quirúrgico o endovascular para los pacientes tratados en mal grado (escala de Rankin modificada – RMS- mayor a 2).**
- b. **Los resultados son los mismos para ambas opciones de tratamiento en los aneurismas de la circulación anterior, con resultados mejores para la opción de tratamiento endovascular en los aneurismas de la circulación posterior.**
- c. **Los aneurismas tratados mediante coils presentan una menor tasa de oclusión, requiriendo frecuentemente re-tratamiento.**
- d. **Esta menor tasa de oclusión y el retratamiento, no implicaron una mayor tasa de resangrado.**
- e. **Se requieren nuevos estudios randomizados en este campo.**

Las probables respuestas y debilidades del estudio, según Loch Mac Donald:

a. El resultado del tratamiento se basa en la no diferencia encontrada entre los pacientes que en ambos grupos de tratamiento, evolucionaron hacia una RMS de entre 0 y 2.

Esto puede ser cierto, o mostrar que la RMS no es lo suficientemente sensible en este subgrupo para detectar alteraciones neurocognitivas, lo cual podría redundar en un mejor resultado final en el grupo de enfermos embolizados.

Es probable también que en lo que concierne a cuánto tiempo hay que extender el seguimiento en estos pacientes, el follow-up mayor a cinco años no agregue conclusiones valederas, y las cifras sean similares a las del ISAT, aunque en proporciones no significativas (41% de buenos resultados en el grupo endovascular, contra 35% de buenos resultados en el grupo tratado quirúrgicamente a cielo abierto según este último ensayo).

b. Ambos subgrupos deberían haber sido previamente categorizados en las hipótesis previas.

En este punto, el número de pacientes analizados en el subgrupo de circulación posterior es demasiado poco numeroso como para obtener conclusiones valederas (por ejemplo, el aneurisma de la PICA, clásicamente considerado como “el más sencillo” para el clip dentro de los de circulación posterior, mostró llamativamente peores resultados en los tratados a cielo abierto).

c y d. A pesar del detallado análisis de los resultados de obliteración y retratamiento, no hubo resangrado en ningún paciente, por lo cual este dato pasa a ser en este estudio, irrelevante.

En cuanto a los puntos positivos del BRAT, según Loch Mac Donald, podemos citar:

- a.- Posibilidad de randomización inmediata de los pacientes post HSA.
- b.- El BRAT pasa a ser uno de los únicos tres estudios randomizados que analizan el resultado quirúrgico y endovascular de pacientes con aneurismas cerebrales.

Como una significativa conclusión general de este comentario, se rescata la siguiente frase:

“Los defensores del clipado quirúrgico están librando una batalla cada vez más cuesta arriba, y con menor cantidad de soldados”.

Pasamos ahora a la respuesta del autor responsable, el Dr. Tim Darsaut, del grupo del Dr. Robert Spetzler (Barrow

Neurological Institute, Phoenix, Arizona)

En primera instancia, agradece al Dr. Mac Donald por hacer un balance tan meticuloso entre los aportes y las debilidades que atribuye al BRAT, reconociendo el expertise del autor en este campo teórico de investigación.

En lugar de proseguir insistiendo con los datos obtenidos y la defensa de los mismos, el Dr. Darsaut basa su enfoque en los retos que enfrentamos los encargados del manejo de estos pacientes, teniendo en cuenta los datos de evidencia científica con los que se cuenta hoy en día en la controversia clips versus coils.

Como sucede en la práctica diaria, muchos tratamientos deben implementarse, sin contar con evidencia científica basada en estudios correctamente diseñados para casos específicos.

Idealmente, un ensayo comparando estos dos procedimientos, debería incluir dos grupos de pacientes, tratados en el mejor momento, con la mejor opción de tratamiento para cada grupo en particular.

Esto no existe.

Se trata entonces, de comparar las posibilidades reales de tratamiento que generalmente producen los mejores resultados.

Claramente, surgirán innumerables variables que afectaran el resultado (por ejemplo, localización y tamaño del aneurisma, condiciones generales del paciente, recursos institucionales y talentos específicos de cada operador).

Reemplazar el buen juicio con dogmas, utilizar ensayos para justificar recomendaciones y usar datos extrapolados no son sino trampas a descartar.

Lo que es evidente, tanto después del ISAT como del BRAT, es que, en general, no hay mucha diferencia en los resultados de ambas modalidades de tratamiento, aunque algunos subgrupos pueden beneficiarse de una u otra alternativa terapéutica.

Identificar y dirigir el tratamiento en estos subgrupos es una tarea formidable que ninguno de los ensayos citados han resuelto.

Sería por tanto muy desafortunado abandonar la opción quirúrgica solamente porque el número de cirujanos vasculares ha disminuido en cantidad y/o calidad.

Los pacientes ameritan una respuesta muy concreta y precisa ante cada caso cuando nos preguntan: *“¿cuál es el mejor tratamiento?”*.

COMENTARIO

En estas dos muy interesantes ponencias, ambos autores ponen en el tapete una discusión que ya lleva un cuarto de siglo, con el remanido título: clips versus coils.

Personalmente, concuerdo con muchas de las aseveraciones de ambos, y como suele suceder cuando hay varias razones a favor de una u otra modalidad, eso suele significar la razonabilidad de ambas, o la imposibilidad de las partes para generar una respuesta apropiada al interrogante.

Muchos serían los aspectos a analizar para diseñar un estudio que pudiera satisfacer a todos los que de una u otra manera estamos implicados en el manejo de este grupo de pacientes, y es probable que encontremos en la práctica diaria, las soluciones que estos ensayos teóricos no han producido a lo largo de tantos años.

En mi humilde opinión, cada caso presenta particularidades únicas e irrepetibles, y en cada uno de ellos deberá seguir primando la experiencia acumulada por el equipo interviniente, quedando en claro que quien tenga la responsabilidad de la decisión, debe ineludiblemente contar con el elemento humano y tecnológico que asegure la mejor oferta disponible en ese momento y en una institución dada, para cualquiera de las dos alternativas, quirúrgica o endovascular.

No hacerlo, sería encontrar respuestas inadecuadas a favor de una u otra alternativa de tratamiento, un error tan importante como suponer que alguna de las dos variantes está de antemano condenada a desaparecer después de tantos años de convivencia productiva.

Marcelo Platas