

COMUNICACIÓN BREVE



Ensayo DAWN: aumentando la ventana terapéutica para pacientes con infarto cerebral

DAWN Trial: increasing the therapeutic window for patients with cerebral infarction

Luis Rafael Moscote-Salazar¹, Alexis Rafael Narváez-Rojas², Alfonso Pacheco-Hernández¹

Resumen

El restablecimiento del flujo sanguíneo en las áreas rescatables es el principal objetivo en el manejo del accidente cerebrovascular agudo isquémico. El ensayo DAWN fue un ensayo controlado aleatorio de tratamiento endovascular para accidente cerebrovascular isquémico. El pronóstico de los pacientes fue mejor en el grupo tratado mediante técnicas endovasculares (48.6 %) cuando fue comparado con el grupo control (13.1 %) que recibió tratamiento estándar médico.

Palabras clave: Ensayo DAWN; infarto cerebral; rt-PA

Abstract

Achieving the brain blood flow toward to survival areas is the principal objective in the ischemic stroke. DAWN trial was a controlled study with endovascular treatment during ischemic stroke. The prognosis of patients was better in the group treated with endovascular technique (48.6 %) in comparison with the control group (13.1 %) receiving medical standard treatment.

Key words: DAWN trial; ischemic stroke; rt-PA

Introducción

La recanalización mediante técnicas endovasculares de arterias ocluidas permite un mejor pronóstico a pacientes con infarto cerebral a través del área de penumbra tiempo sensible.

La administración de terapia trombolítica por vía endovenosa ha sido el tratamiento principalmente utilizado para el infarto cerebral. El restablecimiento del

flujo sanguíneo en las áreas rescatables es el principal objetivo en el manejo del accidente cerebrovascular agudo isquémico.

La administración de rt-PA incrementa las probabilidades de supervivencia a los tres o seis meses cuando se administra en las primeras 4.5 horas del inicio de los síntomas.^{1,2}

Ensayo DAWN

El ensayo DAWN fue un ensayo controlado aleatorio de tratamiento endovascular para accidente cerebrovascular isquémico causado por una oclusión arterial importante con criterios imagenológicos estrictos como la oclusión de la arteria carótida interna, el primer segmento de la arteria cerebral media o ambas, demostrado por angiografía en tomografía computarizada o en resonancia magnética, debían poseer correspondencia entre la gravedad de la clínica y el volumen del infarto, en el momento en que los pacientes acudieron a atención médica fuera del horario convencional para recibir tratamiento.

El pronóstico de los pacientes fue mejor en el grupo tratado mediante técnicas endovasculares (48.6 %) cuando fue comparado con el grupo control (13.1 %) que recibió tratamiento estándar médico. El ensayo fue detenido a los 31 meses debido a una superioridad de la trombectomía del 95 % en el puntaje promedio para la discapacidad en la escala ponderada de utilidad modificada de Rankin a los 90 días.³

Por cada 2 pacientes que se sometieron a trombectomía, un paciente adicional obtuvo una mejor puntuación por discapacidad a los 90 días (en comparación con el resultado en el grupo de control), por cada 2,8 pacientes que se sometieron a trombectomía, un paciente adicional obtuvo independencia funcional a los 90 días.³

El beneficio fue constante en los subgrupos pre-especificados que se definieron según la edad, la gravedad del accidente cerebrovascular, el sitio de oclusión, el tiempo hasta el tratamiento y el tipo de inicio del accidente cerebrovascular. Una desventaja fue el bajo poder del estudio para evaluar las diferencias entre los grupos, esto suele

ocurrir por el tamaño de la muestra, el tamaño del efecto esperado y en ocasiones debido a dificultades inherentes a la condición medida que dificultó lograr una mayor precisión en la medición.

Un dato interesante en este ensayo fue que los pacientes que recibieron tratamiento entre 6 y 24 horas del ictus isquémico, tuvieron una capacidad funcional similar al análisis grupal de cinco ensayos de trombectomía previamente realizados, donde mayormente recibieron tratamiento dentro de las 6 horas a diferencia del resultado del grupo control de este ensayo, en el cual la capacidad funcional fue dos veces peor en comparación con el análisis grupal de estudios anteriores.

Uno de los principales factores podría haber sido una mayor tasa de pacientes mayores de 80 años y un puntaje NIHSS (*National Institutes of Health Stroke Scale*) de 10 o mayor luego del ictus.⁴⁻⁵

La seguridad de la intervención ha sido crucial en este ensayo, donde las tasas de eventos adversos, entre estos, muerte por ictus a los 90 días o incluso por cualquier causa, hemorragias, entre otros, no fueron significativamente diferentes entre los dos grupos.⁶ Esto podría ser un detonante para estimular más ensayos clínicos controlados, debido que hasta el momento los resultados son promisorios y el dilema ético más llevadero en relación con la posibilidad de exponer a los pacientes a estrategias diferentes del tratamiento estándar. Una pregunta queda abierta, en relación con la definición de elegibilidad de los pacientes en la práctica clínica, donde la población no está controlada y es heterogénea o el beneficio, en lugar donde no existe la disponibilidad de técnicas de imagenología como las que fueron utilizadas para este ensayo.

Conclusiones

El ensayo DAWN ha aportado importantes consideraciones para el advenimiento de la práctica clínica, quedan algunas preguntas sin responder, más ensayos clínicos aleatorizados son nece-

sarios para integrar a las guías de manejo este conocimiento con el nivel de evidencia deseado y de esta manera obtener el mayor beneficio para los pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Berkhemer OA, Fransen PSS, Beumer D, et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 2015;372:11-20
2. Navarrete P, Pina F, Rodríguez R, Murillo F, Jimenez D. Manejo inicial del ictus isquémico agudo. *Med Intensiva*. 2008;32: 431-43.
3. Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, et al. Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. *N Engl J Med*. DOI: 10.1056/NEJMoa1706442.
4. Brott T, Adams HP, Olinger CP, Marler JR, Barsan WG, et al. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. *Stroke*. 1989; 20: 864-870
5. Goyal M, Menon BK, van Zwam WH, Dippel DW, Mitchell PJ, Demchuk AM, et al. Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a metaanalysis of individual patient data from five randomised trials. *Lancet* 2016; 387:1723-31.
6. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischaemic stroke. *N Engl J Med*. 1995;333:1581-7

¹ Universidad de Cartagena. Cartagena de Indias, Colombia.

² Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Nicaragua

Conflicto de interés:

Los autores no declaran conflicto de interés. No han recibido apoyo financiero y han contribuido de manera equitativa en la realización, redacción, revisión y presentación del manuscrito.

Recibido: septiembre de 2017

Aprobado: diciembre de 2017

Publicado: Vol. 17, núm. 1 (2018): enero-marzo

Correspondencia: Luis Rafael Moscote-Salazar, Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia. E-mail: mineurocirujano@aol.com
