

PREVALENCIA DE LA RESISTENCIA AL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE EN PACIENTES CON ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES. EXPERIENCIA EN UN CENTRO

F. Labbadia, F. García-Candel, E.J. Salido-Fiérrez, M^a.J. Majado, A. Melero-Amor, V. Cabañas-Perianes, M. Berenguer-Piqueras, F. Ibáñez-Camacho, A. Morales

Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Introducción: La terapia antiplaquetaria es fundamental en la profilaxis y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. El término “resistencia a la antiagregación” se utiliza para describir la incapacidad de los fármacos antiplaquetarios para proteger de complicaciones trombóticas potencialmente severas o de producir in vitro un adecuado grado de inhibición plaquetar.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la resistencia al tratamiento antiagregante en paciente con accidentes cerebro-vasculares (ACV) agudos isquémicos (no cardio-embólico) en nuestro hospital.

Material y métodos (Tabla 1): Estudio retrospectivo de 34 pacientes en tratamiento antiagregante (entre 3-5 años) diagnosticados entre noviembre de 2008 y marzo de 2011 de ACV isquémico según la definición de la OMS: 19 casos de ictus con lesión isquémica documentada mediante pruebas de imagen (TC o RMN), 12 de Accidentes Isquémicos Transitorios (AIT) y 3 de re-estenosis sintomática del stent carotideo. El estudio se realizó con el sistema Multiplate[®] que mide el aumento de la impedancia a través de dos electrodos causada por la agregación plaquetar inducida por ácido araquidónico (ASPI-test), ADP (ADP-test), ADP+PGE1 (ADP/HS-test), trombina (TRAP-test) y colágeno (COL-Test). Se genera una curva de agregación y los parámetros obtenidos son: el área bajo la curva (AUC), la agregación y la velocidad. Consideramos adecuada una antiagregación plaquetaria comprendida entre los siguientes rangos de valores del AUC: TRAP [94 – 156 U], ADP [53 - 122 U], ADP/HS [43 - 100 U], ASPI [74 - 136 U].

Resultados (Tabla 1): La prevalencia global de resistencia ha sido del 20,5%. Analizando separadamente los 3 grupos de pacientes tratados con clopidogrel 75 mg, AAS 100-300 mg y doble antiagregación la prevalencia observada es respectivamente de 9%, 14,2% y 31,2%. Hemos comparado las proporciones mediante el test exacto de Fisher utilizando el software estadístico MedCalc versión 11.4.3.0. Entre los sujetos con doble antiagregación hay más resistencias pero las diferencias no son significativas. La tasa de resistencia al Clopidogrel es superior al Ácido Acetil salicílico (19% vs 8,6%, $p < 0.05$).

Conclusiones: Nuestros datos son concordantes con los estudios publicados en la literatura. En todos se evidencia una asociación entre eventos cardiovasculares adversos y la resistencia in vitro. La agregometría es el “gold standard” para estudiar la respuesta a la terapia antiplaquetaria pero es operador dependiente y presenta una escasa correlación con otros test disponibles. No existe hasta el momento actual una definición exacta de resistencia ni ensayos clínicos que determinen el cut-off para discriminar entre buenos y hiporespondedores.

Tabla 1

	AAS 100-300mg N=7	Clopidogrel 75mg N=11	Clopidogrel 75mg+AAS100mg N=16	Total N=34
Edad	69,2±13,03	64±13,2	64,8±12,3	65,4±12,5
Sexo V/M	5/2	9/2	9/7	2
Profilaxis 1 ^a	2	6	2	10
Profilaxis 2 ^a	5	5	14	24
Clinica:				
-AIT	3	2	7	12
-ICTUS	4	8	7	19
-Otros	0	0	3	3
Resistentes	1(14,2%)	1(9%)	5(31,2%)	7(20,5%)
No resistentes	6	10	11	27