

Barcelona, 6 de novembre de 2012 - HOSPITAL CLÍNIC



V Jornada d'Atenció Compartida en Cirurgia Vascular

Com fem front a la malaltia vasculo-cerebral?



Accidente isquémico transitorio

Leticia Ortigosa Aguilar

R3 MFYC CAP Les Corts

M^oJosé Giner Martos

Adjunto MFYC CAP Les Corts

CASO CLÍNICO

- Mujer de 75 años
- ANTECEDENTES PERSONALES:
 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL
 - HIPOTIROIDISMO
 - HEPATITIS POR VHC con buen control
- Medicación crónica:
 - Torasemida 2,5mg
 - Eutirox 50 mcg



MOTIVO DE CONSULTA

Cuadro de **hipostesia** en hemicuerpo izquierdo con impresión de **disartria** e **inestabilidad** de **10 minutos** de duración, que remitió de forma espontánea, con recuperación de las funciones **sin secuelas**.



EXPLORACIÓN FÍSICA

- Tensión arterial: 160/80
- Frecuencia cardíaca: 74 lpm.
- Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos
- Exploración neurológica sin alteraciones

PLAN

- Se inicia AAS
- Se solicitan pruebas complementarias
- Se contacta con neurólogo.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

- **ECG:** Sin alteraciones.
- **TAC:** *Signos de atrofia cortical cerebral. Imágenes lacunares inespecíficas a nivel de los ganglios basales. Desmielinización posiblemente fisiológica de la sustancia blanca periventricular. Estructuras de la línea media centradas. Cisternas basales libres. Sistema ventricular de tamaño, morfología y localización conservada.*
- **Doppler de troncos supraaórticos:**
 - *DERECHA: Carótidas primitiva, interna y externa permeables. Placa de ateroma calcificada en el origen de carótida interna sin evidencia de estenosis significativa. Arteria vertebral permeable con registro anterógrado*
 - *IZQUIERDA: Carótidas primitiva, interna y externa permeables. No se aprecian placas de ateroma ni estenosis significativa. Arteria vertebral permeable con registro anterógrado.*



EVOLUCIÓN

- Paciente asintomática tras 6 meses.
- Puesto que no existe patología de pequeño vaso en el TAC, no hay placas de ateroma, no arritmia en ECG y las cifras de tensión arterial estaban controladas se decide **FINALIZAR TRATAMIENTO CON AAS.**



ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT)

- Aparición brusca, de sintomatología focal deficitaria, raramente irritativa(epiléptica) de breve duración y recuperación sin secuelas.

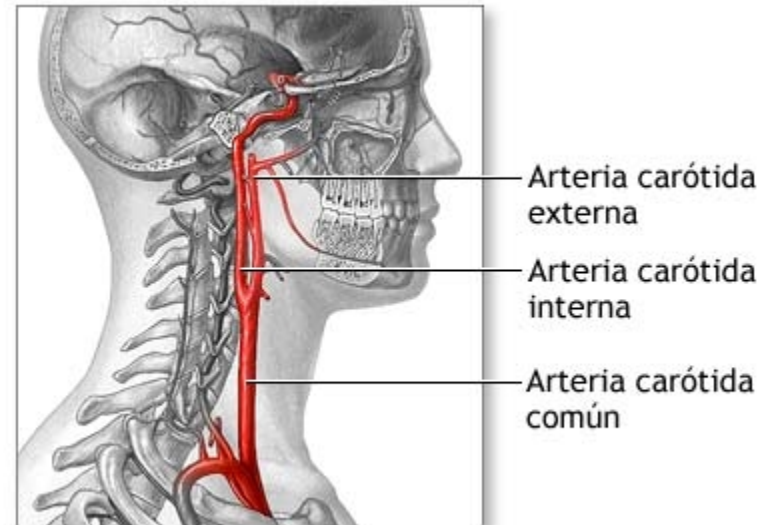
Juan J. Zarranz, Compendio de Neurología



Etiología

- *Fenómenos aterotrombóticos:*
 - Se producen por émbolos arteria-arteria
 - Los émbolos proceden de placas ateromatosas situadas en grandes troncos
 - La **bifurcación de la carótida** común en el cuello es el **principal foco** de embolias arteria-arteria en el **territorio intracraneal**

- *Estenosis arterial*
- *Compresión transitoria.*



Clínica

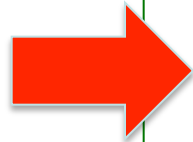
Territorio carotideo:

- Amaurosis unilateral.
- Hemiparesia o hemiparestesias de predominio faciobraquial
- Disfasias o detención de lenguaje
- Alexia, agrafia, acalculia

Territorio Vertebro-basilar:

- Ceguera
- Hemianopsia
- Hemiparesia alternante o cuadraparesia
- Vértigo, ataxia
- Diplopía
- Ptosis palpebral
- Parestesias o paresias de hemicara
- Disartria y disfagia
- Risa espasmódica incontrolable
- Amnesia global transitoria
- Caída al suelo sin pérdida de conocimiento

2 ó más
síntomas



Diagnóstico

1. Anamnesis.
2. Exploración física neurológica.
3. Prueba de imagen (TC).
 - Realizar si se plantea iniciar tratamiento con anticoagulantes o descartar otras etiologías(hematomas , tumores...)
 - No realizar si el resultado de la prueba no cambia la decisión terapéutica (por ejemplo: ancianos...)
4. Analítica sanguínea + ECG.
5. Estudio Doppler



Tratamiento

1. Tratamiento médico

- Prevención y **tratamiento de factores de riesgo** (HTA, Hiperlipidemia, obesidad, diabetes, tabaco, alcohol...)
- Anticoagulantes (INR 3-4): en pacientes con FA, valvulopatía mitral, prótesis valvular... también en profilaxis primaria en pacientes con FA (INR 2-3)
- Antiagregantes.

2. Tratamiento quirúrgico. Endarterectomía

- *Paciente menor de 75 años, sin isquemia coronaria, ni IAM en los últimos 6 meses, no infartos cerebrales previos, no demencia*
- *Estenosis carotídea accesible > 70% de la luz del vaso*
- *Morbi-mortalidad < 3%*



Pronóstico

- Proceso **autolimitado** y **sin secuelas**.
- Los AIT se siguen de un infarto en el 10-40% de los casos (el 33% sufrirá un infarto cerebral en los siguientes 5 años)



GRACIAS...

ortigosa@clinic.ub.es

