

11242
201
9



*Universidad Nacional Autónoma
de México*

*Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Hospital Central Norte de Concentración Nacional
de Petróleos Mexicanos*

**TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA DE CRANEO
COMO OPCION DIAGNOSTICA
(ANALISIS RETROSPECTIVO DE 1987)**

TRABAJO DE INVESTIGACION
Que presenta para la obtención de:
ESPECIALIDAD EN RADIODIAGNOSTICO

Dr. Jesús Héctor Herrera Gómez

FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1989





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N T R O D U C C I O N .

La radiología es la ciencia que ha tenido el mayor auge, a la par con el desarrollo científico y tecnológico característico de nuestra era.

A esto va aunado que el profesionista, medico radiologo, haga un gran esfuerzo para no quedarse atras, en este infinito mundo de conocimientos nuevos, que nos traen cada vez los procedimientos de imagen como lo son el ultrasonido, la tomografía axial computarizada, la resonancia magnetica nuclear, la tomografía por emision de positrones, la radiología intervencionista, la medicina nuclear, la disolucion de calculos por ondas de choque ultrasonicas y otras más.

Si este es el mundo fascinante de la radiología e imagen puesto al servicio de nuestros pacientes como en otras partes del primer mundo donde se practica la medicina más avanzada.

El arte y la ciencia de la medicina es el diagnostico, pero para poder realizarlo, nunca debemos de olvidarnos de la clinica, primero la clinica y despues lo comprobamos con algun método de gabinete, pero ya tenemos la orientacion en donde puede estar la lesion para ir a buscarla con la imagen y corroborar lo que ya se habia pensado.

No podemos olvidarnos tambien que la radiología simple, es a veces lo más practico y lo más económico para nuestros pacientes, una fractura en craneo, una erosion en la silla turca, o en conducto auditivo interno, calcificaciones anormales, Enf. de Paget, Mieloma multiple, Displasia fibrosa,

Craneosinostosis y así muchas otras cosas las cuales las podemos resolver y dar tratamiento oportuno, después podemos pensar en métodos más sofisticados y por ende más costosos. La introducción de La Tomografía Computarizada de Cráneo, ha traído grandes avances en el campo de la neurología y la neurocirugía, dando la pauta al neurologo y al neurocirujano para poder localizar la lesión con gran exactitud en el cerebro, con los índices de atenuación, unidades Hounsfield podemos decir que densidad tienen, si son quísticas, solidas, mixtas o calcificas, la exactitud en la topografía cerebral, tranquiliza al cirujano antes de entrar a operar la lesión.

También podemos ver masas tumorales, dilatación ventricular, cambios encefálicos como en las lesiones vasculares oclusivas, el seguimiento de algunas enfermedades.

JUSTIFICACION.

En nuestro departamento de radiodiagnóstico pudimos observar que la mayor parte de los estudios que interpretábamos de tomografía axial computarizada de cráneo eran normales, segundo, que la gran mayoría de los estudios eran pedidos por neurocirugía, que gran parte de los estudios de tac, no se correlacionaban con el diagnóstico clínico, y que gran cantidad de los estudios patológicos los ocupaba la neurocisticercosis, razón por la cual decidimos realizar el presente estudio.

OBJETIVOS.

Con el antecedente previo, nos propusimos conocer:

- 1.- El número de pacientes a los cuales se les realizó tomografía computarizada de cráneo en el lapso de enero a diciembre de 1987.
- 2.- Cuántos pacientes eran del sexo masculino y cuántos del sexo femenino.
- 3.- El número de diagnósticos que se correlacionaron.
- 4.- El número de diagnósticos que no se correlacionaron.
- 5.- Diagnósticos sin correlacionar y que fueron patológicos en la tomografía.
- 6.- Pacientes sin expediente clínico.
- 7.- Pacientes sin expediente tomográfico.
- 8.- Pacientes de Neurocirugía.
- 9.- Pacientes de Neurología.
- 10.- Pacientes sin indicación del estudio.

M A T E R I A L Y M E T O D O S .

El estudio se efectuó en pacientes del Hospital Central Norte de Concentración Nacional PEMEX.

Se revisaron en forma retrospectiva 400 pacientes de enero a diciembre de 1987, a los cuales se les revisó sus expedientes clínico y tomográfico de cráneo.

De los 400 pacientes que se revisaron 55 fueron excluidos del estudio por no contar con su expediente clínico.

Nos quedaron 345 de los cuales 168 fueron masculinos y 177 femeninos, en los cuales versa nuestro estudio.

La mayoría de los estudios de Tomografía Computarizada de Cráneo se efectuaron en un tomógrafo marca Elcint 1600 de alta resolución el cual no es propiedad del hospital, el grosor del corte es de 3mm y se efectuaron cada 8 mm.

Los registros se llevaron a cabo en hojas tipo sábana para contabilidad, se hicieron tablas de pacientes, las cuales se anexan y se analizaron con ayuda de la computadora.

TABLA PRINCIPAL DE RELACION DE PACIENTES Y DIAGNOSTICOS

FAC	SEXO	EDAD	PROCEDECENCIA	DIAGNOSTICO CLINICO	DX TOMOGRAFICO
1	F	65	NEUROCIROGIA		a. v. c.
2	M	73	NEUROCIROGIA	a. v. c.	ATROFIA CORTICOSUBCORTICAL
3	M	61	NEUROCIROGIA		a. v. c.
4	M	65			TUMOR
5	M	65			TUMOR
6	M	52			NEUROCISTICERCOSIS
7	M	25	NEUROCIROGIA		CALCIFICACION PATOLOG
8	F	37	NEUROCIROGIA		NEUROCISTICERCOSIS
9	M	34			A.V.C. ANTIGUO
10	M	55	NEUROCIROGIA	VI FAR	NORMAL
11	M	52			ATROFIA CORTICOSUBCORTICAL
12	M	33	NEUROLOGIA		NORMAL
13	M	77		A.V.C.	A.V.C.
14	F	76		T.I.A.S.	A.V.C. ANTIGUO
15	F	15			NORMAL
16	M	66	NEUROCIROGIA	A.V.C.	A.V.C. ANTIGUO
17	F	52			NEUROCISTICERCOSIS
18	M	67			ATROFIA CORTICOSUBCORTICAL
19	F	10	NEUROCIROGIA	OTITIS MEDIA	NORMAL
20	M	46	NEUROCIROGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NEUROCISTICERCOSIS
22	M	82			A.V.C.
23	M	71	NEUROCIROGIA	INS. VERT. BASIL	A.V.C.
24	F	51	NEUROCIROGIA		NORMAL
25	F	21	NEUROCIROGIA	CEFALEA	TUMOR
26	F	25	NEUROCIROGIA	M.A.V.	NORMAL
27	M	23	NEUROCIROGIA	NEURALGIA S FAR	NORMAL
28	M	58	NEUROCIROGIA	CEFALEA	ATEROSCLEROSIS FOL. WILLIS
29	M	23	NEUROCIROGIA	CEFALEA Y VERTIGO	NORMAL
30	F	61		HIDROCEF. CTRL.	NEUROCISTICERCOSIS
31	F	36	NEUROLOGIA	TUMOR HIFOF.	MICROADENOMA HIFOFISIS
32	F	65	NEUROCIROGIA	CRANEOSINOSTOSIS	DOLICOCEFALO
33	F	39	NEUROCIROGIA	MENINGITIS BACTER.	OTOMASTOIDITIS CRON. IZO.
34	F	28	NEUROCIROGIA	CEFALEA	NORMAL
35	M	31	NEUROCIROGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NEUROCISTICERCOSIS
36	M	73	NEUROCIROGIA		A.V.C. ANTIGUO.
37	M	50	MED. INT.	A.V.C.	A.V.C.
38	M	28	NEUROCIROGIA	MENINGITIS BACTER.	
39	M	10	NEUROCIROGIA	CRISIS CONVULSIVAS	HEMIATROF. CEREERL. CONS.
40	F	66	NEUROCIROGIA	A.V.C.	A.V.C.
41	F	61	NEUROCIROGIA	A.V.C.	A. CEREERL. VASC.
42	F	27	NEUROCIROGIA	TUMOR HIFOF.	TUMOR HIFOF.
43	F	20	NEUROCIROGIA	HIDROCEFALIA	HIDROCEF. CTRL.
44	F	15	NEUROCIROGIA	CEFALEA VASC.	NORMAL
45	F	20	NEUROCIROGIA	HIDROCEFALIA	HIDROCEFALIA
46	F	30	NEUROCIROGIA	TUMOR HIFOF.	TUMOR HIFOF.
47	F	22	NEUROCIROGIA	CEFALEA	NORMAL
48	F	5M	NEUROCIROGIA	LES. HEMISF. CEREB. DER	HEMIATROF. CEREB. DER.
49	M	71			ATROFIA CORTICOSUBCORTICAL
50	M	41	MED. INT.	T. I. A. S.	NORMAL
51	M	18	NEUROCIROGIA	TUMOR	CTRL. POST. Q. X.
52	M	12	NEUROLOGIA	DISF. CEREBRAL. MINIMA	FROMIN. ESP. SUBARAC.

TABLA PRINCIPAL DE RELACION DE FACIENTES Y DIAGNOSTICOS

PAC	SEXO	EDAD	PROCECENCIA	DIAGNOSTICO CLINICO	DX TOMOGRAFICO
53	F	31			ATROFIA CORTICOSUBCORTICAL
54	M	28	NEUROCIROGIA	CEFALEA	NORMAL
55	F	63			ATROFIA CORTICOSUBCORTICAL
56	M	14	NEUROCIROGIA	S.D.C.	NORMAL
57	M	30	NEUROCIROGIA	T.C.E.	NORMAL
58	F	31	NEUROCIROGIA	PARKINSON	NORMAL
59	M	83			ATROFIA CORTICOSUBCORTICAL
60	F	68	NEUROCIROGIA	A.V.C.	A.V.C.
61	F	83	MED. INT.		A.V.C.
62	F	12	ONCOLOGIA	TUMOR F.POST.	CAMBIO POST DA.F.P.
63	M	74	NEUROCIROGIA	A.V.C.	A.V.C.
64	M	86	NEUROCIROGIA	CRISIS CONVULSIVAS	CAMBIO POST DA.
65	M	47	NEUROCIROGIA		ATEROSCLEROSIS PQL WILLIS
66	M	25	NEUROCIROGIA	NEUROCISTICERCOSIS	NEUROCISTICERCOSIS
67	F	58		S.D.C.	A.V.C.
68	M	55			A.V.C.
69	M	49	NEUROCIROGIA	FARESIA VII IZQ.	NORMAL
70	M	3			NORMAL
71	F	13			NEUROCISTICERCOSIS
72	M	36	NEUROCIROGIA	T.C.E.	HEMORRAGIA PARENQ.
73	F	24	NEUROCIROGIA		NORMAL
74	M	4	NEUROCIROGIA	HIPERQUINESIA	ASIMETRIA CRANEANA
75	F	58	NEUROCIROGIA	A.V.C.	A.V.C.
76	M	32	NEUROCIROGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
77	F	71	NEUROCIROGIA	CRISIS H.T.A.	TUMOR
78	F	9	NEUROCIROGIA	MEDULBLASTOMA	NORMAL
79	M	11	NEUROCIROGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NEUROCISTICERCOSIS
80	M	31	NEUROCIROGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NEUROCISTICERCOSIS
81	F	34	NEUROCIROGIA	GALACTORREA	NORMAL
82	M	53	NEUROCIROGIA	FERD.DEL CONOCIM.	NORMAL
83	M	31	NEUROCIROGIA		NORMAL
84	F	30	NEUROLOGIA	TUMOR HIPOF.	NORMAL
85	M	35	NEUROCIROGIA	CEFALEA	NORMAL
86	M	35	NEUROCIROGIA	HIDROCEF. Y TCE	VALVULA NL.
87	M	9	NEUROCIROGIA	INFETIGO	NORMAL
88	F	63	NEUROCIROGIA	A.V.C.	A.V.C. ANTIGUO
89	M	16	NEUROCIROGIA	CEFALEA	NORMAL
90	F	49	NEUROCIROGIA		NORMAL
91	F	50	NEUROCIROGIA	CEFALEA	NORMAL
92	F	50	NEUROCIROGIA	CEFALEA	NORMAL
93	F	26	NEUROCIROGIA	TUMOR CTRL.	NO RECIDIVA TUMOR
94	M	4	NEUROCIROGIA	CTRL.SEC.MENINGIT.	CTRL.SEC.MENINGIT.
95	M	14	NEUROLOGIA	A.V.C.	A.V.C.
96	F	16	NEUROCIROGIA	EPILEPSIA	NORMAL
97	M	4	NEUROCIROGIA		NORMAL
98	M	63	NEUROCIROGIA	A.V.C.	A.V.C.
99	M	58	NEUROCIROGIA	CTRL. VALVULA	HIDROCEFALIA
100	F	21	NEUROCIROGIA	CEFALEA	NORMAL
101	M	18	NEUROCIROGIA	CEFALEA	NORMAL
102	M	48	NEUROCIROGIA	INSUF.VERTEBRAL BASIL	ATROF.CORTICO SUBCORTICAL
103	F	16	NEUROCIROGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL

TABLA PRINCIPAL DE RELACION DE FACIENTES Y DIAGNOSTICOS

PAC	SEXO	EDAD	PROCEDECENCIA	DIAGNOSTICO CLINICO	DX TOMOGRAFICO
104	F	25	NEUROCIURUGIA	CRISIS CONVULSIVAS	ATROF.CORTICOSUBCORTICAL
105	F	26	NEUROCIURUGIA	CEFALEA	NORMAL
106	F	62	NEUROCIURUGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NEUROCISTICERCOSIS
107	F	13	NEUROCIURUGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
108	F	56	NEUROCIURUGIA	CEFALEA	ATROFIA CORTICAL
109	F	4	NEUROCIURUGIA	ESEPSIMO DEL ESCUELO	NORMAL
110	F	16	NEUROCIURUGIA	CEFALEA	NORMAL
111	M	64	NEUROCIURUGIA	PARALISIS III PAR	AGENOSIA BILIA TURCA
112	F	17	NEUROCIURUGIA	CRISIS CONVULSIVAS	ATROFIA CORTICAL FRONTAL
113	F	39	RED. INTERNA		NEUROCISTICERCOSIS
114	M	33	NEUROLOGIA	CRISIS CONVULSIVAS	ATROFIA CEREBRAL
115	F	62	NEUROLOGIA	A.V.C. ANTIGUO	
116	F	31	NEUROCIURUGIA		NORMAL
117	M	59	NEUROLOGIA	MARCHA CLAUDICANTE	ATROFIA CORTICAL
118	M	33	NEUROLOGIA	CEFALEA	NORMAL
119	F	27	NEUROCIURUGIA	CEFALEA	NORMAL
120	M	46	NEUROCIURUGIA	CEFALEA CRONICA	NORMAL
121	M	6	NEUROLOGIA	HEMIATROFIA CEREBEL	CONTROL
122	M	33	NEUROCIURUGIA	CEFALEA VASCULAR	VENTRICULOS GRANDES
123	M	77	NEUROCIURUGIA	CEFALEA CRONICA	NEUROCISTICERCOSIS
124	F	21	NEUROCIURUGIA	CEFALEA	NEUROCISTICERCOSIS
125	F	47	NEUROCIURUGIA	A.V.C.	A.V.C.
126	F	3	NEUROCIURUGIA		NEUROCISTICERCOSIS
127	M	39	NEUROCIURUGIA	T.C.E.	NORMAL
128	M	20	NEUROCIURUGIA	CEFALEA VASCULAR	NORMAL
129	F	42	NEUROCIURUGIA		NORMAL
130	F	18	NEUROCIURUGIA	CEFALEA	NORMAL
131	M	6m	NEUROCIURUGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
132	F	30	NEUROCIURUGIA	CEFALEA FRONTAL	NORMAL
133	M	33	NEUROLOGIA	NEUROCISTICERCOSIS	NEUROCISTICERCOSIS
134	M	9	NEUROCIURUGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NEUROCISTICERCOSIS
135	M	61	NEUROCIURUGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NEUROCISTICERCOSIS
136	M	27	NEUROCIURUGIA	PARALISIS FACIAL D.	NORMAL
137	M	50	NEUROCIURUGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NEUROCISTICERCOSIS
138	M	20	NEUROCIURUGIA	CEFALEA	NORMAL
139	F	35	NEUROCIURUGIA	CEFALEA	NORMAL
140	F	56	NEUROCIURUGIA	CEFALEA	ATROF.CORTICOSUBCORTICAL
141	F	29	NEUROCIURUGIA	CEFALEA	NEUROCISTICERCOSIS
142	F	66	NEUROCIURUGIA	CEFALEA	ATROF.CORTICOSUBCORTICAL
143	M	30	NEUROCIURUGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
144	M	30	NEUROCIURUGIA	TUMOR. RETROAURIC 120	HEMANGIOMA PARIETO OCCIP I
145	F	47	NEUROCIURUGIA	T.C.E.	
146	F	47	MED. INT.	CRISIS CONVULSIVAS	NEUROCISTICERCOSIS
147	M	54	NEUROCIURUGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
148	F	7	PEDIATRIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
149	M	29	NEUROCIURUGIA	CEFALEA	OSTEOMA
150	F	34	NEUROLOGIA	HIFOEST. HEMICAPA D.	NORMAL
151	F	19	NEUROLOGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
152	F	29	NEUROCIURUGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
153	F	13	NEUROCIURUGIA	T.C.E.	NORMAL
154	F	33	NEUROLOGIA	TUMOR FRONTAL	QUISTE DERMOIDE

TAULA PRINCIPAL DE RELACION DE PACIENTES Y DIAGNOSTICOS

PAC	SEXO	EDAD	PROCEDECENCIA	DIAGNOSTICO CLINICO	DX TOMOGRAFICO
153	F	40	NEUROCIROGIA	CEFALEA	NORMAL
156	M	15	NEUROCIROGIA	CTRL.NEUROCISTICERC.	NORMAL
157	F	19	NEUROLOGIA	S.D.C.	NORMAL
158	F	14	NEUROCIROGIA	CEFALEA	NORMAL
159	F	44	NEUROCIROGIA	PARALISIS VII PAR	EDEMA HEMISF.CEREBR.DER
160	M	72	NEUROCIROGIA	INSUF.VASC.CEREBRAL	ATROF.CORTICOSUBCORTICAL
161	F	10	NEUROCIROGIA	CTRL.M.A.V.	NORMAL
162	F	28	NEUROLOGIA	CEFALEA VASCULAR	NORMAL
163	F	43	NEUROCIROGIA	CEFALEA	NORMAL
164	F	52	PSICUIATRIA	C.A. METASTASICO	ATROF.CORTICOSUBCORTICAL
165	F	47	NEUROCIROGIA	VERTIGO	NORMAL
166	F	76	NEUROLOGIA	A.V.C.	ATROFIA CEREBRAL
167	M	21	AUDIOLOGIA	HEMETIERE	NORMAL
168	F	17	NEUROCIROGIA	FUERTEAD PRECOZ	ARACNOIDITIS PROB T.B.
169	M	17	NEUROCIROGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
170	F	47	OTORRINO	OTOESCLEAROSIS	NORMAL
171	F	46	NEUROCIROGIA	A.V.C.	ATROF.CORTICOSUBCORTICAL
172	F	28	ONCOLOGIA	MASTOPATIA FIBROG.	NORMAL
173	M	51	AUDIOLOGIA	PARALISIS VI PAR DER	NORMAL
174	M	43	NEUROCIROGIA	CRISIS CONVULSIVAS	ATROF.CORTICOSUBCORTICAL
175	F	63	NEUROCIROGIA	ESPASMO HEMIFACIAL	NORMAL
176	M	35	NEUROLOGIA	T.C.E.	A.V.C. ANTIGUO
177	M	6m	NEUROCIROGIA	CRISIS CONVULSIVAS	A.V.C.
178	M	21	NEUROLOGIA	T.C.E.	NORMAL
179	M	53	NEUROCIROGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NEUROCISTICERCOSIS
180	F	43	NEUROCIROGIA	HEMIFARESIA IZO.	NORMAL
181	F	9	NEUROCIROGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
182	M	70	NEUROCIROGIA	A.V.C. ANTIGUO	A.V.C. ANTIGUO
183	F	16	NEUROCIROGIA	CEFALEA	HIDROCEFALIA SEVERA
184	F	26	NEUROCIROGIA	CEFALEA	NORMAL
185	M	39	NEUROCIROGIA	CEFALEA	NORMAL
186	M	8	NEUROCIROGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
186	M	34	NEUROCIROGIA	NEUROCISTICERC CTRL.	NEUROCISTICERC.CTRL.
187	M	8	NEUROLOGIA	CEFALEA VASCULAR	NORMAL
188	F	47	NEUROLOGIA	PARALISIS VI PAR	NEUROCISTICERCOSIS
189	F	23	NEUROCIROGIA	T.C.E.	NORMAL
190	F	47	NEUROCIROGIA		NORMAL
191	F	31	NEUROCIROGIA	NEUROCISTICERC CTRL.	NEUROCISTICERCOSIS
192	F	24	NEUROLOGIA	HEMING.ENCEF.BACT.CT	NORMAL
193	M	44	NEUROCIROGIA	ANEURISMA COMUNIC.F.	NORMAL
194	F	37	NEUROCIROGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
195	F	37	NEUROCIROGIA	NEUROCIST.CTRL.	NEUROCIST.CTRL.
196	F	29	EMBOCRINOLOG	PROLACTINOMA	NORMAL
197	M	18	NEUROCIROGIA		NORMAL
198	M	7	NEUROCIROGIA	CEFALEA	NORMAL
199	F	50	NEUROCIROGIA	METS CEREBRALES	NORMAL
200	F	29	NEUROLOGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
201	F	32	NEUROCIROGIA	A.V.C.	A.V.C.
202	F	37	NEUROCIROGIA	CEFALEA	NORMAL
203	M	47	NEUROLOGIA	CEFALEA VASCULAR	NORMAL
204	F	42	NEUROLOGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL

TABLA PRINCIPAL DE RELACION DE PACIENTES Y DIAGNOSTICOS

FAC	SEXO	EDAD	PROCEDECENCIA	DIAGNOSTICO CLINICO	Dx TOMOGRAFICO
205	F	44	NEUROCIROUSIA	RECIDIV. TUMOR. CTFL.	RECIDIV. TUMOR. CTFL.
206	M	64	NEUROCIROUSIA	FARESIA VI PAR	NORMAL
207	M	84	NEUROCIROUSIA	A.V.C. ANTIGUO	ATROF. CORTICOSUBCORTICAL
208	F	72	NEUROCIROUSIA	DEMENCIA SENIL	ATROF. CORTICOSUBCORTICAL
209	M	5	NEUROCIROUSIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
210	F	71	NEUROCIROUSIA	A.V.C.	A.V.C.
211	M	13	NEUROCIROUSIA	DIMEBTES INSIPIDA	NORMAL
212	M	30	NEUROCIROUSIA	HEMATOMA CRONICO	NORMAL
213	M	7	NEUROLOGIA	HIFERINBESIA	NORMAL
214	M	15	NEUROCIROUSIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
215	F	24	NEUROCIROUSIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
216	M	55	NEUROLOGIA	EDMOLENCIA	NORMAL
217	F	23	NEUROCIROUSIA	POLEA HEMITOPA+ 100	NORMAL
218	F	37	NEUROCIROUSIA	A.V.C. CTFL.	NEUROCISTICERCOSIS
219	F	25	NEUROCIROUSIA	NEUROCIETI. CTFL.	NEUROCIETI. CTFL.
220	F	1	NEUROCIROUSIA	T.C.E.	HEMATOMA
221	F	17	NEUROCIROUSIA	NEUROCISTICERCOSIS	NORMAL
222	F	64	NEUROCIROUSIA	VERTIGO	ATROFIA CORTICOSPARIETAL
223	M	60	NEUROCIROUSIA	CEFALEA	NORMAL
224	F	40	NEUROCIROUSIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
225	F	58	NEUROLOGIA	INARDO + VERTIGO	NORMAL
226	F	61	NEUROCIROUSIA	CEFALEA	NEUROCISTICERCOSIS
227	F	26	NEUROCIROUSIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
228	F	45	NEUROCIROUSIA	T.C.E.	NORMAL
229	M	4	NEUROCIROUSIA	CEFALEA	NORMAL
230	F	39	NEUROLOGIA	CEFALEA	NORMAL
231	M	22	NEUROCIROUSIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
232	F	24	NEUROLOGIA	MIGRANA ATIPICA	NORMAL
233	M	37	NEUROCIROUSIA	CEFALEA	NORMAL
234	F	34	NEUROLOGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
235	F	27	NEUROCIROUSIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
236	M	15	MED. INT.	T.C.E.	NORMAL
237	F	32	NEUROCIROUSIA	CRISIS CONVULSIVAS	GRANULOMA TUBERCULOSO
238	M	51	NEUROCIROUSIA	SD. DE HAKIM	NORMAL
239	M	5	NEUROLOGIA	HIFERINBESIA	NORMAL
240	F	59	NEUROCIROUSIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
241	F	25	NEUROCIROUSIA	MIGRANA	NORMAL
242	M	6	HEMATOLOGIA	LEUCEMIA	NORMAL
243	M	52	NEUROLOGIA	NEUROCISTICERCOSIS	NEUROCISTICERCOSIS
244	F	27	NEUROCIROUSIA	MIGRANA	NORMAL
245	M	57	NEUROCIROUSIA	MIGRANA	NORMAL
246	F	10	NEUROCIROUSIA	CEREBELITIS	NORMAL
247	F	61	NEUROCIROUSIA	VERTIGO	NORMAL
248	F	49	NEUROCIROUSIA	CEFALEA	VENTRICULOS PEQUEÑOS
249	F	9	NEUROCIROUSIA	CEFALEA	NEUROCISTICERCOSIS
250	M	23	NEUROLOGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
251	M	48	NEUROCIROUSIA	MEMINGIOMA CTFL	CONTROL
252	M	23	NEUROCIROUSIA	VERTIGO	NORMAL
253	M	30	NEUROLOGIA	CEFALEA	NORMAL
254	M	46	AUDIOLOGIA	ATROFIA CORTICAL	ATROFIA CORTICAL LEVE
255	F	57	NEUROCIROUSIA	A.V.C.	A.V.C.

TAELA PRINCIPAL DE RELACION DE PACIENTES Y DIAGNOSTICOS

FAC	SEXO	EDAD	PROCEDECENCIA	DIAGNOSTICO CLINICO	DIAGNOSTICO TOMOGRAFICO
256	F	51	NEUROCIJUSIA	CEFALEA	NORMAL
257	M	4	NEUROLOGIA	DISFUNCION CEREBRAL	NORMAL
258	M	1	NEUROLOGIA	ESPASMO DEL COLLODO	NORMAL
259	M	81	NEUROCIJUSIA	A.V.C.	A.V.C.
260	F	75	NEUROCIJUSIA	PAR. INEON	ATROP. CORTICOSUBCORTICAL
261	M	46	NEUROCIJUSIA	CRISIS CONVULSIVAS	NEUROCISTICERCOSIS
262	M	10	NEUROLOGIA	CRISIS CONVULSIVAS	HIGROMA SUBERAL FRONT.D.
263	M	18	NEUROCIJUSIA	T.C.E.	NORMAL
264	M	1	NEUROCIJUSIA	HIPOTIA MEDNATA	ATROP. CORTICOSUBCORTICAL
265	F	13	NEUROCIJUSIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
266	M	50	NEUROLOGIA	CEFALEA VASCULAR	HIPERTENSIS FRONTAL BIL.
267	M	37	NEUROCIJUSIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
268	F	30	NEUROCIJUSIA	CEFALEA VASCULAR	NEUROCISTICERCOSIS
269	M	21	NEUROCIJUSIA	NEUROSIS	NORMAL
270	M	15	NEUROCIJUSIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
271	M	14	NEUROCIJUSIA	CEFALEA	NORMAL
272	M	14	NEUROCIJUSIA	F.C.I.	NORMAL
273	F	33	NEUROCIJUSIA	CEFALEA	NORMAL
274	F	11	PEDIATRIA	CEFALEA	NORMAL
275	F	48	NEUROCIJUSIA	T.C.E.	NORMAL
276	M	16	NEUROCIJUSIA	HIPERGLINISIA	ATROP. CORTICOSUBCORTICAL
277	F	9a	NEUROCIJUSIA	T.C.E.	HIGROMAS FRONTALES BILAT.
278	F	32	NEUROCIJUSIA	CEFALEA	NORMAL
279	F	42	NEUROCIJUSIA	CRISIS CONVULSIVAS	NEUROCISTICERCOSIS
280	F	63	NEUROCIJUSIA	PAR. INEON	ATROP. CORTICOSUBCORTICAL
281	M	15	NEUROCIJUSIA	CONTROL	CONTROL
282	F	21	NEUROCIJUSIA	CRISIS CONVULSIVAS	ASTROCIOMA QUISTICO FRONT
283	M	62	NEUROCIJUSIA	CEFALEA	NEUROCISTICERCOSIS
284	M	64	NEUROCIJUSIA	LESION III PAR. CER.	ATROFIA FRONT. Y OCCIPIT.
285	F	19	NEUROCIJUSIA	CEFALEA	NORMAL
286	F	47	NEUROCIJUSIA	NEUROCISTICERCOSIS	NEUROCISTICERCOSIS
287	M	38	NEUROCIJUSIA	CEFALEA	NORMAL
288	F	62	NEUROCIJUSIA	A.V.C.	A.V.C.
289	F	15	NEUROCIJUSIA	CEFALEA	NORMAL
290	M	58	NEUROCIJUSIA	MAREOS	ATROP. CORTICOSUBCORTICAL
291	F	27	NEUROCIJUSIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
292	F	74	NEUROCIJUSIA	CEFALEA	NORMAL
293	F	36	NEUROCIJUSIA	CEFALEA	NORMAL
294	M	30	NEUROCIJUSIA	CEFALEA	NORMAL
295	F	52	NEUROCIJUSIA	CRISIS CONVULSIVAS	ATROP. CORTICOSUBCORTICAL
296	F	2	NEUROCIJUSIA	RETRAZO PSICOMOTOR	FOROSCEFALIA PARIET. IZQ.
297	F	32	NEUROCIJUSIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
298	M	4	NEUROCIJUSIA	CEFALEA	NORMAL
299	M	30	NEUROCIJUSIA	CEFALEA	NORMAL
300	F	49	NEUROCIJUSIA	NEURALGIA DEL V PAR	NORMAL
301	M	35	NEUROCIJUSIA	T.C.E.	NORMAL
302	M	55	NEUROCIJUSIA	T.C.E.	NORMAL
303	F	58	NEUROCIJUSIA	CEFALEA	NEUROCISTICERCOSIS
304	F	51	NEUROCIJUSIA	CEFALEA	NORMAL
305	F	47	NEUROCIJUSIA	CTRL. ASTROCIOMA	CTRL. ASTROCIOMA
306	M	10	NEUROCIJUSIA	CEFALEA	NORMAL

TABLEA PRINCIPAL DE RELACION DE PACIENTES Y DIAGNOSTICOS

FAC	SEXO	EDAD	PROCEDECIA	DIAGNOSTICO CLINICO	DIAGNOSTICO TOMOGRAFICO
307	M	1	PEDIATRIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
308	F	39	NEUROCIRUGIA	CTAL. RESEC. MENINGIO	CTAL. RESEC. MENINGIO
309	F	42	NEUROCIRUGIA	T.C.E.	FRACTURA OCCIPITAL IZQ.
310	M	31	NEUROCIRUGIA	T.C.E.	CAMBIO POST. QX. FRONT. IZQ.
311	M	26	NEUROCIRUGIA	CEFALEA	NORMAL
312	M	29	NEUROCIRUGIA	CRISIS CONVULSIVAS	CALCIFICACIONES REG. FRONT.
313	F	24	NEUROCIRUGIA	CEFALEA	NORMAL
314	M	57	NEUROCIRUGIA	TEMBLOR BRAZO IZQ.	ATROF. CORTICOSUBCORTICAL
315	M	37	NEUROCIRUGIA	CEFALEA	NORMAL
316	M	49	NEUROCIRUGIA	CRISIS CONVULSIVAS	NEUROCISTICERCOSIS
317	F	11a	PEDIATRIA	CRISIS CONVULSIVAS	NORMAL
318	M	6	HEMATOLOGIA	LEUCEMIA L.L.	INFILTRACION LOG. FRONT. IZQ.
319	M	37	MED. INT.	CRISIS CONVULSIVAS	NEUROCISTICERCOSIS
320	M	21	NEUROLOGIA	ICOP. CEREBRAL	NORMAL
321	M	78	NEUROCIRUGIA	IZQ. CEREB. TRANSIT.	A.V.C. ANTIGUO
322	M	18	NEUROCIRUGIA	CRISIS CONVULSIVAS	HIDROCEFALIA
323	F	51	NEUROCIRUGIA	LES. FONTO. CEREBEL.	NORMAL
324	M	26	NEUROCIRUGIA	CRISIS CONVULSIVAS	A.V.C.
325	F	55	NEUROCIRUGIA	DIPLOPIA CEREBEL.	ATROF. CORTICOSUBCORTICAL
326	M	13	NEUROCIRUGIA	CONTROL	CONTROL
327	M	50	NEUROCIRUGIA	CEFALEA	NORMAL
328	M	76	NEUROCIRUGIA	A.V.C.	A.V.C. ANTIGUO
329	F	17	NEUROCIRUGIA	CEFALEA	NORMAL
330	M	11	NEUROCIRUGIA	CRISIS CONVULSIVAS	HIDROCEFALIA MODERADA
331	F	64	NEUROCIRUGIA	A.V.C.	A.V.C.
332	F	60	NEUROCIRUGIA	A.V.C.	A.V.C.
333	M	7a	PEDIATRIA	SD. DISMORFICO	ATROF. CORTICOSUBCORTICAL
334	F	75	NEUROCIRUGIA	IZQ. CEREB. TRANSIT.	ATROF. CORTICOSUBCORTICAL
335	M	15	NEUROCIRUGIA	T.C.E.	NORMAL
336	F	34	MED. INT.	CRISIS CONVULSIVAS	ATROF. CORTICOSUBCORTICAL
337	F	62	NEUROCIRUGIA	CEFALEA	NORMAL
338	F	52	NEUROLOGIA	A.V.C.	A.V.C. ANTIGUO
339	M	9	PEDIATRIA	T.C.E.	NORMAL
340	F	23	NEUROCIRUGIA	T.C.E.	NORMAL
341	F	11	NEUROCIRUGIA	CEFALEA	ATROF. CORTICOSUBCORTICAL
342	M	36	NEUROCIRUGIA	TUMOR POST.	NORMAL
343	F	39	NEUROCIRUGIA	VERTIGO	NORMAL
344	M	31	NEUROCIRUGIA	CEFALEA	NORMAL
345	M	3	NEUROCIRUGIA	T.C.E.	NORMAL

R E S U L T A D O S .

El número de pacientes incluidos en nuestro estudio fue de 345, de los cuales 168 fueron masculinos y 177 fueron femeninos.

Los diagnósticos que se correlacionaron fueron 59, y los que no se correlacionaron y tuvieron patología en el tac fueron 12. Cabe mencionar que de los 400 pacientes iniciales se excluyeron 55 pacientes los cuales no tenían expediente clínico, nos encontramos otro grupo pequeño sin expediente tomográfico en número de 3.

El número total de pacientes enviados por neurocirugía fue de 276, siendo el de neurología de 41 solamente.

El total de pacientes sin indicación para realizar el estudio tomográfico fue de 30.

En 175 pacientes con estudio de tomografía axial computarizada de cráneo este fue normal, lo cual representa un 50% de todos los pacientes estudiados.

Los diagnósticos clínicos más frecuentes por los cuales se les efectuó el estudio tomográfico a los pacientes fueron: cefalea en 66 pacientes, crisis convulsivas en 62 y Accidente vascular cerebral en 29 pacientes.

Los diagnósticos tomográficos más frecuentes fueron:

En 175 pacientes el estudio fue normal, de los patológicos la neurocisticercosis ocupó el primer lugar siendo 39 pacientes los que la presentaron, después le siguió, la atrofia corticosubcortical en 30 pacientes, en seguida, el accidente vascular cerebral en 29 pacientes, y por último los tumores que se presentaron 11 pacientes.

De todos los diagnosticos clinicos de Cefaleas que se llevaron al tac. 56 de los 66 fueron normales esto representa un total de 85% de normalidad por tac.

El segundo diagnostico clinico por el cual se mandaron los pacientes al tac. fue Crisis Convulsivas, y nuevamente aqui de los 62 pacientes que se mandaron con este diagnostico 32 fueron normales por tac. lo cual representa un 51 %.

El tercer diagnostico clinico en frecuencia lo ocuparon los Accidentes vasculares cerebrales, es aqui donde mejor se correlacionaron los diagnosticos clinicos y tomograficos, de los 32 pacientes a los cuales se les sospecho accidente vascular cerebral por clinica, 24 se correlacionaron, lo cual representa un 75 % , solo 8 no lo hicieron.

El diagnostico clinico que ocupo el cuarto lugar fue el traumatismo craneo encefalico, los cuales fueron 19 de todos ellos 15 fueron normales, y solo 4 tuvieron patologia.

Ahora en cuanto a los hallazgos tomograficos se refiere. En los estudios que se encontraron patologicos encontramos como ya se menciono con anterioridad que la neurocisticercosis ocupo el primer lugar. en esta entidad se pueden encontrar pequeñas calcificaciones solidas, en forma aislada o multiple, las cuales representan el escoler del parásito calcificado, en un 7 % de los casos se puede presentar encefalitis. Las calcificaciones a veces estan rodeadas por una zona hipodensa pequeña, en otras ocasiones distinguimos tambien zonas hipodensas que refuerzan con la administracion del medio de contraste, estas son las vesiculas del parásito.

Fue asi como se presentaron la mayoria de nuestros pacientes

En lo que Atrofia cortical se refiere segundo diagnostico en frecuencia por Tac.

Dado que la involucion senil, la demencia senil . presenil y la esclerosis vascular cerebral, presentan una imagen similar que muestra gradualmente todos los matices. los hallazgos de Tac. deben limitarse a describir, las alteraciones morfologicas y distinguir solamente entre los hallazgos generalizados y locales.

Tampoco es admisible o solo ,con precauciones maximas, establecer una correlacion entre el grado de dilatación de los espacios internos y externos del liquido cefalorraquideo y los sindromes psicologicos.

En la practica se ha comprobado que es util distinguir entre el aumento de las dimensiones ventriculares, leves, moderadas y pronunciadas y tener en cuenta al mismo tiempo el grado de atrofia cortical, reconocible por la pronunciacion de los surcos cerebrales y las cisternas, aqui nuevamente en la mayoria de nuestros estudios pudimos constatar estos hallazgos. Los diagnosticos diferenciales los cuales debemos tomar en cuenta son Hidrocefalia de otra etiologia, lesiones postraumaticas, estados post encefaliticos.

Los hallazgos de Tomografia Axial Computarizada en el accidente vascular cerebral son.

Mientras que a diferencia de lo que ocurre en el escintigrama cerebral en isquemias transitorias, poco prolongadas es muy frecuente un hallazgo NORMAL en la en la Tomografia computarizada en el area infartada. en nuestro estudio fueron cuatro los pacientes con sospecha de isquemia cerebral transitoria, los cuales tuvieron un estudio completamente normal.

Se produce una imagen patológica que presenta diferencias, según el momento en que esta tuvo lugar.

En nuestro estudio se presentaron en pacientes un 6.4% del total] por término medio, las alteraciones pueden observarse 1 a 2 días después y nunca antes de 8 horas.

En la región lesionada hay disminución de la densidad, el área tributaria de la arteria cerebral media, que es la más frecuentemente afectada presenta entonces una zona hipodensa cuneiforme parieto occipital. Un poco más tarde evoluciona un edema y en el 10 al 20% aproximadamente de los casos, los signos correspondientes de desplazamiento de las estructuras adyacentes.

Cuando más marcados aparecen estos síntomas es en los días 3-4-5 y 7. A partir de este momento, las alteraciones debidas al edema suelen regresar hasta el final de la segunda semana. Si no es este el caso, pasadas otras dos semanas hay que investigar otras causas de enfermedad, en especial un tumor.

El aumento de volumen en infartos de localización infratentorial puede dar lugar a una hidrocefalia obstructiva que precise tratamiento.

Si se producen extravasaciones de sangre en el área infartada, destacan las zonas hiperdensas correspondientes a estas.

Pasadas de 5 a 6 semanas aproximadamente, el área afectada vuelve a estar relativamente bien contrastada con el entorno. El defecto de sustancia, que va acompañado a menudo de dilatación de las porciones ventriculares adyacentes, surcos cerebrales y cisternas, pero que casi nunca comunica con los

ventriculos, presenta valores de densidad correspondientes al liquido cefalorraquideo. Las areas infartadas mas pequenas pueden volver a presentar una imagen TC normal.

Con la administracion del medio de contraste puede producirse un aumento de la densidad en las partes marginales de la lesion, en porciones aisladas o en toda la region infartada. Este aumento de la densidad se debe a vasos dilatados o alteracion de la barrera hematoencefalica. En el 50 % de los casos aproximadamente, estos hallazgos se observan en las semanas segunda y cuarta mas raramente en la octava.

Cuando existe obstruccion vascular completa, hay que contar con los signos de isquemia en un 25 % de los casos. Sin embargo, estos signos de isquemia solo se presentan en el 25 % de los casos de estenosis e irrigacion deficiente transitoria. En esta ultima la escintigrafia proporciona resultados mucho mejores, con un 77 % aproximadamente de positivos.

Diagnostico diferencial. Estado trans hemorragia masiva, Astrocitoma de primer grado y encefalitis.

T A B L A I

OBJETIVOS PRINCIPALES OBTENIDOS DE LA POBLACION TOTAL [400 PACIENTES]	R E S U L T A D O S	
	FREC.	%
PACIENTES ESTUDIADOS	345	86.3
MASCULINOS	163	47.6
FEMENINOS	177	51.7
DIAGNOSTICOS QUE SE CORRELACIONARON Ox. SIN CORRELACIONAR Y TAC PATOLOGICO	39	17.1
PACIENTES DE NEUROCIROSI	10	3.4
PACIENTES DE NEUROLOGIA	278	80.5
PACIENTES SIN INDICACION DEL ESTUDIO	41	11.8
PACIENTES SIN EXFEDIENTE CLINICO	30	8.6
PACIENTES SIN EXFEDIENTE TOMOGRAFICO	55	16.0
	3	.8

T A B L A II

DIAGNOSTICOS CLINICOS MAS FRECUENTES OBTENIDOS DE LA POBLACION ESTUDIADA [345 PACIENTES]	R E S U L T A D O S	
	FREC.	%
CEFALEA	66	19.1
CRISIS CONVULSIVAS	62	17.9
ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL	33	9.2
TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO	19	5.5

T A B L A III

DIAGNOSTICOS TOMOGRAFICOS MAS FRECUENTES OBTENIDOS DE LA POBLACION ESTUDIADA [345 PACIENTES]	R E S U L T A D O S	
	FREC.	%
NORMALES	175	50.7
NEUROCISTICERCOSIS	39	11.3
ATROFIA CORTICO SUBCORTICAL	30	8.7
ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL	29	8.4
TUMORES	11	3.2

T A B L A 11-A

DIAGNOSTICOS CLINICOS MAS FRECUENTES	RESULTADOS	
	FREC.	%
CEFALEA		
NORMALES FOR TAC.	58	85.0
CISTICERCOS FOR TAC.	8	12.0
TUMOR FOR TAC.	2	3.0
CRISIS CONVULSIVAS		
NORMALES FOR TAC.	32	51.0
CISTICERCOS FOR TAC.	15	24.0
ATROFIA CEREBRAL FOR TAC.	6	9.6
HIDROCEFALIA FOR TAC.	3	4.8
TUMOR FOR TAC	3	4.8
ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL FOR TAC.	2	3.2
ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL		
SE CORRELACIONO FOR TAC.	24	75.0
NO SE CORRELACIONO FOR TAC.	8	25.0
TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO		
NORMALES FOR TAC.	15	79.0
PATOLOGICOS FOR TAC.	4	21.0

T A B L A III-A

DIAGNOSTICOS	[00 - 29]		[30 - 59]		[60 - 89]		SUBTOTAL		TOTAL
	M	F	M	F	M	F	M	F	
NEUROCISTICERCOSIS	3.0	4.0	15.0	10.0	2.0	2.0	20.0	16.0	38.0
ATROFIA CORTICAL SUBCORTICAL	3.0	5.0	7.0	7.0	7.0	9.0	17.0	21.0	38.0
ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL	1.0		2.0	6.0	7.0	10.0	10.0	18.0	28.0
TUMORES		3.0		3.0	3.0	1.0	3.0	7.0	10.0

D I S C U S I O N.

La gran mayoría de nuestros pacientes estudiados 278 fueron enviados por el servicio de neurocirugía.

Nos llama la atención que del total de pacientes estudiados un cincuenta por ciento de los casos tuvieron TAC normal.

La gran mayoría de los diagnósticos clínicos por las cuales fueron efectuados los estudios tomográficos fueron cefaleas y crisis convulsivas.

Que es lo que realmente está pasando en nuestro hospital.

que a la gran mayoría de los pacientes se les efectúa TAC. Con un diagnóstico sintomático cefalea.

Aquí se presenta un problema, como pueden saber los médicos generales o neurologos cuales pacientes que presentan cefalea investigar más a fondo y como identificar los que tienen aneurismas o malformaciones arteriovenosas, como causa de dolor de cabeza.

Tenemos que estar alerta cuando el paciente nos refiere en la Historia Clínica que presenta un dolor de cabeza muy fuerte nunca antes presentado, o como que si le patearan la cabeza, o haber sentido o escuchado un trueno muy fuerte.

A este paciente debemos de estudiarlo muy bien y efectuarle un TAC, pensando que pueda presentar una hemorragia subaracnoidea. En otras circunstancias este sintoma, asociado a vómitos, fotofobia, meningismo, también se debe de estudiar a fondo. Antes del advenimiento de la tomografía computada, el diagnóstico de hemorragia subaracnoidea era hecho en base a la historia clínica y confirmando los hallazgos de sangre en el líquido cefalorraquídeo.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

La angiografía tiene un riesgo de morbilidad y mortalidad según Dan y Raskin de 2.5 % y ha caído en desuso en un 35 % de los casos. (ver ref. 11 y 12).

En cuanto a las crisis convulsivas se refiere, la historia de sintomatología menor como trauma craneal, confusión o signos neurológicos discretos no se correlacionan significativamente con anomalías que se puedan encontrar en el TAC.

Esto es lo que pasa en nuestro hospital El % de todos los estudios normales.

Los datos clínicos que sí se correlacionan con una alta incidencia de probabilidad estructural son crisis parciales elementales o crisis parciales con generalización secundaria o epilepsia del adulto.

Las convulsiones precipitadas por procesos metabólicos generalmente no dejan daño estructural cerebral y el TAC. es normal. Los pacientes que padecen crisis convulsivas por sobredosis de alcohol que se les practica un TAC. no se correlacionan los hallazgos Clínicos y Tomográficos en más de un 37 % . Los pacientes con epilepsia crónica muestran anomalías estructurales en un 25 - 60 % de los casos incluyendo tumor, infarto cerebral, malformación vascular o trauma. Un 46 % en nuestro estudio.

Se concluye que los pacientes que presentan crisis convulsivas de origen metabólico o que no tengan historia clínica de epilepsia crónica, crisis generalizadas o con signos neurológicos focalizados, es muy alta la probabilidad de que tengan un TAC. normal. (ver ref. 13,14,15,16,17.).

En cuanto al accidente vascular cerebral Van Gin y Van Dogen en su estudio encontraron que el 100 % de los pacientes con sospecha de hemorragia subaracnoides que se les practico TAC se correlacionaron positivamente 48 horas despues del evento y despues de 5 dias solo un 25 % . En nuestro estudio solo el 75 % se correlacionaron.

Abbot y Van Hille. en un estudio prospectivo de 48 pacientes que presentaban dolor de cabeza de un año. se encontro sangrado subaracnoides en tomografia computarizada o en el liquido cefalorraquideo solo en 35 de todos ellos. Con los hallazgos de CT. y liquido cefalorraquideo negativos se puede excluir sangrado subaracnoides. (ver ref.11,18,19,20.).

En el traumatismo craneo encefalico o dolor de cabeza moderado o perdida de la conciencia momentanea se correlacionan en muy pocas veces con anomalidades en CT. (ref. 1,18.).

En nuestro estudio 79 % fueron normales.

La neurocisticercosis en Mexico es endemica y el trabajador petrolero no se escapa de esta situacion 11.3 % de los paciente estudiados. En el Instituto Nacional de Neurologia y Neurocirugia se encuentra en un 5 % de todos los pacientes hospitalizados. excluyendo los desordenes psiquiatricos, precedida solo.de la enfermedad vascular cerebral. Las areas endemicas en Mexico son los estados de Guanajuato, Jalisco y Aguascalientes las cuales corresponden a las primeras areas criadoras de cerdo. (ver ref.22,23,24.)

Otra de las cosas que pudimos constatar en nuestro estudio es la gran cantidad de pacientes sin expediente clinico, y otro grupo de pacientes en numero de 30 los cuales no tenian indicacion clinica para efectuar el estudio tomografico.

El presente estudio nos dio luz para analizar otros objetivos los cuales no estaban contemplados, pero que nos son utiles, nos enseñan y nos da experiencia, la cual se obtiene de nuestros propios pacientes mexicanos petroleros, lo que radunda en mejor atencion y un alto profesionalismo, puesto al servicio de todos nuestros semejantes.

En nuestro hospital estamos muy por abajo de los porcentajes de correlacion dilatao tomografico encontrados en otras partes del mundo, lo cual quiere decir que no se esta estudiando adecuadamente a los pacientes, y que debemos de hacer mas clinica, y no solo mandar a los pacientes a realizar un TAC, con un solo sintoma como cefalea o crisis convulsivas.

COMENTARIOS FINALES.

Por ultimo quisiera decirles compañeros medicos que debemos de recordar el viejo adagio frances, el cual dice:

* EL ARTE Y LA CIENCIA DE LA MEDICINA, LO CONSTITUYEN TRES COSAS, EN PRIMER LUGAR, EL DIAGNOSTICO. EN SEGUNDO LUGAR EL DIAGNOSTICO Y EN TERCER LUGAR EL DIAGNOSTICO.*

Si pero para poder llegar al diagnostico, no nos olvidemos que primero esta la clinica, antes que cualquier metodo de gabinete. La clinica ha sido, es, y seguira siendo insustituible. Y aqui exortamos a nuestros compañeros medicos generales, especialistas, neurólogos o neurocirujanos a que no nos olvidemos de esta vieja disciplina. Asi tenemos una orientacion en donde puede estar la lesion, la cual se la transmitimos al radiologo para que ponga mas atencion en determinada area, y se pueda establecer un diagnostico certero. Que es lo que mas importa para dar un mejor tratamiento a nuestros pacientes, pues a ellos son a los que debemos de brindar todo nuestro esfuerzo, toda nuestra dedicacion y todo nuestro profesionalismo.

A T E N T A M E N T E.

Dr. Jesús Héctor Herrera Gómez.

- 16.- Intellectual impairment and Cerebral lesions in multiple cerebral infarcts. a clinical - computed tomography study. Stroke 1988 May; 19 (5): 560-5.
- 17.- Non invasive evaluation of ischemic stroke with SPECT. Gomez Cr; Malik MM; Gomez SM; Wing Kum EC South Med J 1988 oct;81(10):1245-8.
- 18.- Posttraumatic dissecting aneurysm of the anterior cerebral artery:case report. Amagasa M; Sato S; Otsubek Neurosurgery 1988 Aug;(2):221-5.
- 19.- Large Subcortical Hemispheric Infarctions. Presentation and prognosis review article:16 Refs. Arch Neurol 1988 Oct;45(10):1074-7.
- 20.-Brain atrophy Clin. Radiol. 36:367,1987.
- 21.- Craniofacial fractures and brain injuries. J. Neuroradiol 13:265,1986.
- 22.- Charles c. Tomas. Cysticercosis of the Central Nervous System Springfield, Illinois, USA, 1983.
- 23.- Mc. Connick G F, Chi- Sing Z, Heiden J: Cysticercosis cerebri Arch Neurolo 1982;39:534-539.
- 24.- Sotelo J, Guerrero V, Rubio F. Neurocysticercosis. A new clasification based on active and inactive forms. Arch Intern Med 1985;145:442-445.