

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

División de Estudios Superiores

**INCIDENCIA DIAGNOSTICA DE LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA
EN EL EVENTO VASCULAR CEREBRAL AGUDO ISQUEMICO.**

*Dra. Rojas Villa Enedma
Medico Residente de la Especialidad de Imagenología diagnóstica.
del
Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE.*

*Asesor de Tesis,
Dr. Carlos Ramón Ocampo López.
M.D. en Jefe del Servicio del Área de Radiología.
del
Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE.*



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



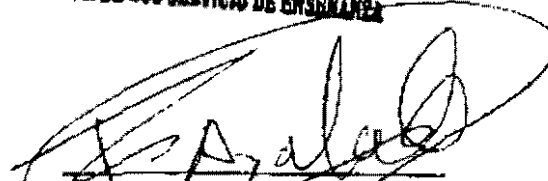
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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. S. S. S. S.
SUBDIRECCION
RECIBIDO
MAY 7 1993
JEFTURA DE LOS SERVICIO DE ENSEÑANZA



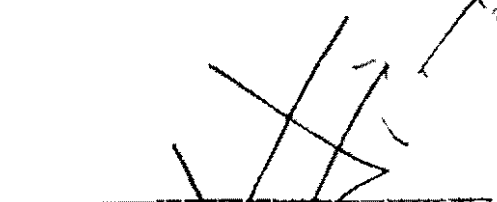
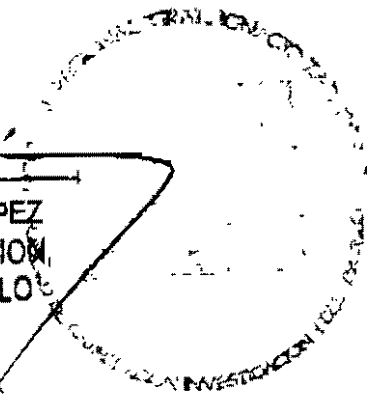
DR. FRANCISCO AYALA GONZALEZ
ASESOR Y COLABORADOR



DR. CARLOS RAMON OCAMPO LOPEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
RADIOLOGIA E IMAGEN



DR. ALEJANDRO VAZQUEZ LOPEZ
COORDINADOR DE CAPACITACION,
INVESTIGACION Y DESARROLLO



DRA. MA. DE LOURDES A. ROMERO H.
JEFE DE INVESTIGACION

INDICE.

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. MATERIALES Y METODOS.....	7
3. RESULTADOS.....	9
4. DISCUSIÓN.....	11
5. GRAFICAS.....	14A
6. ESQUEMAS.....	14B
7. CONCLUSIÓN.....	15
8. RESUMEN.....	16
9. REFERENCIAS.....	18

SUMARY.-

The purpose of this study is to report the most frequent causes of Acute Vasculo-Cerebral Event; and the forms of injuries the time of presentation and correct diagnosis with in the first hours, 72 hours and 8 days; being that the CAT is not conclusive in 70% of all cases in patients with diagnosis of an Vasculo- Cerebral Event in this acute fase.

This study longitudinal, open, and prospective, realized in the Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" .

Patients and Methods.

Included with in this study, with started January and ended September of that same year, all patients with out distributio of age or sex that attended our Hospital with diagnosis of Vasculo - Cerebral - Evento.

Results.

75 patients where studied, of wich 41 were female and 34 were male with a range of ages from 50-80 years. CAT was performed in simple and contrastes fase with 4mm slice in axial from in the cranium base and 8mm in the cerebral parenquima.

The areas resalted the most injuries were:

The lobe parietal 12 (13.79%) base Nuclear 8 (9.19%) ,Complete hemisphere 4 (4.59%); others 9 (10.39%).

The affliction of different regions with the same patient where 54 (62.08%) ,this representing the largest number of cases , being 87 the total number of areas affected , with a predispositio of the nght hemisphere over the left.

The behavior of the injuries with the contrast medium according with the start of clinical presentation.

Before 48hrs 16 CAT'S of with captured medium and 13 not show any changes this results are importan being that the CAT does not resolve the Initial diagnosis doubt, delaying the definitive diagnosis and oportune treatment of patient.

Works Clave Tomography, Infarted, Fase Acute.

SUMARIO.-

El objeto de este estudio es dar a conocer las causas más frecuentes del Evento Vascular Cerebral Agudo así como las formas de las lesiones, el tiempo de presentación y por último el acierto diagnóstico en las primeras 72 Hrs y 8 días. Ya que la tomografía computada no es concluyente en el 70% de los casos en pacientes con diagnóstico de Evento Vascular Cerebral Isquémico en etapa aguda.

Este es un estudio longitudinal, abierto y prospectivo realizado en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE.

Pacientes y Métodos.

Se incluyeron en esta línea de estudio que inicia de Enero de 1998 y termina en Septiembre del mismo año, a todos los pacientes sin distinción de edad y sexo que acuden a nuestro Hospital con diagnóstico de Evento Vascular Cerebral Isquémico Agudo.

Resultados.

Se estudiaron 75 Pacientes 41 fueron Femeninos y 34 Masculinos. Con un rango de edad de 50 - 60 años, se realizaron estudios de Tomografía en Fase simple y contrastada con cortes axiales de 4mm en base de cráneo y de 8mm en parenquima cerebral.

Las áreas que resultaron más lesionadas en forma particular fueron: Lóbulos parietales 12 (13.79%), Núcleos de la base 8 (9.19%), Hemisferio completo 4 (4.58%) y Otros 9 (10.39%). Las afección de distintas regiones en un mismo paciente fueron de 54 (62.06%), representando este el mayor de casos, siendo el total de áreas efectuadas de 87 con predominio del Hemisferio derecho sobre el izquierdo.

El comportamiento de la lesión con captación de medio de contraste está de acuerdo con la instalación del cuadro clínico. Antes de las 48 Hrs se realizaron 16 tomografía de las cuales 3 captaron y 13 demostraron cambios en el estudio.

Esto resulta importante ya que la TAC. No resuelve la duda diagnóstica inicial retrasando el diagnóstico definitivo y el tratamiento oportuno de los pacientes, ocupando espacios vitales en las salas de urgencias así como en las salas de tomografía.

INTRODUCCION

El Evento Vascular Cerebral Agudo (EVC) isquemico es por definición un déficit neurológico secundario a un daño producido por un infarto cerebral. La isquemiacerebral transitoria es un episodio de déficit neurológico, debido a trastornos de la circulación cerebral y que desaparece en 24 horas.

En algunos pacientes el déficit neurológico dura más de 24 horas, pero en el transcurso de los días ó semanas desaparece sin dejar secuelas. En estas condiciones se habla de un déficit neurológico isquemico reversible, y se supone que no existe infarto cerebral.

La causa más frecuente de Evento Vascular Cerebral Isquémico o de los déficit neurológicos secundarios a isquemia en la arterioesclerosis; sin embargo, esto varía entre los países de alto y bajo desarrollo. Por ejemplo en Africa central, las causas son aproximadamente de 32 pacientes con oclusión de un vaso cerebral, sólo en cuatro la causa era arterioesclerótica (1).

El Evento Vascular Cerebral constituye una de las patologías neurológicas más frecuente en el adulto y es la tercera causa de muerte en los países desarrollados.

En nuestro medio es posible que el infarto en individuos de sexo femenino tenga mayor frecuencia que en los individuos de sexo masculino (2). Por otra parte, en este grupo hay múltiples citas que refieren una mayor frecuencia en el sexo femenino (3) (4), aunque se refiere que cuando la etropatogenia es arterioesclerótica la frecuencia se invierte y se refiere que un grupo de pacientes entre 16 a 49 años según Snyder y Ramirez, solo había 3 mujeres con arterioesclerosis precoz y en 26 hombres (5).

En Canadá entre los individuos entre 15 y 40 años se observaron un mayor número de casos en el sexo femenino (49 mujeres y 30 hombres) y las frecuencias por etiología eran,

- A) Embolismo por causa cardiacas.
- B) Infartos en relación con el final de el embarazo
- C) Puerperio Inmediato.
- D) Uso de anticonceptivos.

La migraña complicada fue una causa frecuente de infartos cerebrales y también se tenía una mayor frecuencia en mujeres.

En nuestro medio del 5 al 6% de los infartos cerebrales ocurren en adultos jóvenes y en este grupo de edad predomina el sexo femenino

El Evento Vascular Cerebral tiene un perfil clínico que permite hacer el diagnóstico la mayor parte de las veces, sin embargo Gurdjian y Col (6) han informado que los pacientes que presentaban hematomas intracraneales, o eventos hemorrágicos e inclusive tumores, pueden llegarse a confundir con isquemia cerebral. Por otra parte la clínica del Evento Vascular Cerebral Isquémico no es siempre característica, ya que puede provocar diferentes formas de comportamiento. El déficit neurológico en general llega a simular otros cuadros clínicos, por está causa el diagnóstico de los pacientes tiene que ser apoyado con estudios complementarios.

En los países desarrollados el Evento Vascular Cerebral es la tercera causa de muerte. La enfermedad isquémica en si constituye el 85 % de los casos de el total y este porcentaje se incrementa con la edad. En algunos casos los enfermos que sobreviven a un Evento Isquémico presentan una capacidad permanente la mayor parte de las veces.

Característicamente el infarto produce una zona de hipodensidad en el parénquima cerebral, la cual es detectada por la Tomografía Axial Computada posteriormente de 24 horas de instalado el cuadro de Evento Vascular Cerebral y lo más tardíamente es hasta después de 8 días (7)

Esta imagen de hipodensidad en el parénquima cerebral la componen dos partes:

A) Hipodensidad propia de la lesión isquémica.

B) Hipodensidad de el edema perilesional. El edema puede ser tan importante que llegue a convertir el infarto cerebral en un proceso expansivo y de lugar a un enclavamiento, este mismo puede llegar a comprimir los vasos arteriales y producir así una isquemia secundaria, que por lo general estos infartos Hemorrágicos tienen un mal pronóstico. (7).

La presencia de la circulación de Lujo, es un fenómeno que se observa en la Tomografía Axial Computada y que corresponde a una zona de captación de medio de contraste yodado a nivel de la zona que se encuentra isquémica. Se considera así, que se presenta como una consecuencia de una ruptura de la barrera hematoencefálica ésta tiene la peculiaridad de ser transitoria.

Este fenómeno de hiperdensidad se observa a partir de la segunda y hasta la octava semana después de haberse presentado el (EVC) Isquémico.



MATERIALES Y METODOS

A 75 enfermos que ingresaron a este centro Hospitalario "Hospital Regional General Ignacio Zaragoza" , con el diagnostico clinico de Evento Vascular cerebral Isquemico se les realizó Tomografía Computada en fase simple y contrastada con cortes axiales, sin suministrar medio de contraste yodado a los pacientes que la tomografía simple mostraron hemorragia cerebral. y en caso de alergia al medio de contraste Estas tomografías computadas se llevaron en registro desde el primero de Enero hasta el mes de Agosto de 1988 A cuatro pacientes se le repitió tomografía

Los estudios fueron realizados en un aparato de tomografía SOMATOM DR-H con barmdos de cuatro segundos. Con medio de contraste conray al 50% (yodo talamato de meglumina) en infusión rápida.

Se practicaron cortes axiales simples en número de nueve y nueve contrastados, con cortes de cuatro milímetros en la base del cráneo y ocho milímetros en el parenquima cerebral

A estos 75 pacientes se le tomaron datos clínicos, obtenidos de las notas de solicitud de tomografía como.

- A) Edad.
- B) Sexo.
- C) Fecha de instalación del evento vascular isquémico.
- D) Fecha de realización de la tomografía computada.
- E) Tipo de lesión.
- F) Región afectada.
- G) Su comportamiento con la aplicación de medio de contraste endovenoso
- H) Edema con o sin presencia de efecto de masa.
- I) Densidad de la lesión.

La valoración del edema cerebral, es difícil y subjetiva en el cuadro del evento vascular isquémico pues ambas lesiones característicamente hipodensas en la tomografía computada, por lo tanto el edema se valoro en la siguiente forma

Se clasificó el edema en tres grados:

- 1.-Ligero: Cuando sólo había efecto de masa sobre los ventrículos laterales.
- 2.-Cuando. Había estructuras desplazadas, sin herniación.
- 3.- Severo. Cuando había herniación

La atrofia cerebral se valoró en un escala de 1 a 4. En el grado de 1 a 2 solo hubo la presencia de surcos aumentados en número y anchura, y el grado 3 y 4 se agrego dilatación ventricular

Se debe tener en cuenta que la Tomografía Computada fue practicada en base a un diagnóstico clínico por lo que hay un gran número de pacientes que no presentaron infarto cerebral sino otra entidad. Las hemorragias que no comunicaban a los ventrículos o a los espacios subaracnoideos, pueden tener una clínica indistinguible de un infarto cerebral, por esto se hace necesario hacer énfasis en un a valoración clínica adecuada para que en la medida de lo posible evitar el uso innecesario del recurso de la tomografía.

Se establece el criterio de arteriosclerosis con los siguientes factores:

- A) Hipertensión arterial.
- B) Diabetes mellitus

RESULTADOS

De los 75 pacientes incluidos en este estudio, 41 (54.66%) fueron femeninos y 34 (45.33%) fueron masculinos.

Las áreas que resultaron más lesionadas en forma individual fueron

- 1 - Lóbulo parietal 12 (13.79%)
- 2.- Núcleos nasales 8 (9.19%)
- 3.- Hemisferio completo 4 (4.5%)
- 4.- Otros 9 (10.3%)

Las configuraciones geométricas de las lesiones fueron

- 1.- Irregular 29 (38.6%)
- 2.- Rectangular 18 (24%)
- 3 - Ovalada 11 (14.6%)
- 4.- Otros 17 (22.6%), siendo dentro de estas últimas cuatro en el hemisferio completo. Las lesiones ovaladas correspondieron característicamente a pacientes hipertensos y se localizaban principalmente en los núcleos basales.

El comportamiento de captación del medio de contraste de acuerdo con el tiempo de instalación del cuadro clínico y la realización de tomografía computada fue la siguiente:

Antes de las 48 horas se realizaron 16 (19.7%) de las cuales 3 (18.7%) captaron medio de contraste, en contra de 13 (82.2%) que no captaron. Entre la segunda y cuarta semana hubo 22 (28.3%) de las cuales 15 (65.2%) captaron contraste mientras que 7 (34.7%) no lo hicieron.

La captación de contraste en mayor cantidad se registró entre la segunda y cuarta semana.

El coeficiente de atenuación de la radiación que encontramos fué de 62 (82.6%) que correspondieron a las áreas de hipodensidad y fueron diagnosticados como INFARTOS Mixtas 10 (13.3%) se diagnosticaron como infartos hemorrágicos; Hiperdensos 8 (10.6%) de las cuales 5 (6.6%) se diagnosticaron como hemorragia del hipertenso ya que dichos pacientes tenían como antecedente importante hipertensión arterial crónica.

De los 75 pacientes 38 (50.6%) no presentaron efecto de masa, mientras que 37 (50.6%) si lo presentaron, es de llamar la atención que hubo prevalencia del hemisfero derecho sobre el izquierdo

Del total de los pacientes 49 presentaron atrofia cerebral de los cuales 31 (41.3%) fueron grado uno, mientras que 11 (14.6%) fueron grado dos y 6 (8%) fueron grado cuatro.

DISCUSION

El único dato característico que se observó fue una distribución por sexo, el 45.3% de los pacientes eran del sexo masculino y la mayor parte de los pacientes fueron del sexo femenino en un 64.8 %.

En general la arteroesclerosis es la primera causa de infartos cerebrales en ambos sexos , pero en las mujeres existen además otras causas como embolismos en cardiopatías reumáticas inactivas, enfermedades infecciosas y parasitarias; y sobre todo, las causas exclusivas de la mujer relacionadas con el final del embarazo (9 y 10), etapas en las cuales hay presencia de hipercogulabilidad de la sangre. También los aneurismas son causa de infarto y son mas frecuentes en la mujer.

La media de edades en enfermos con evento vascular cerebral isquémico en Africa fué de 27 años lo cual nos habla de un gran porcentaje de isquemias cerebrales debidas a enfermedades infecciosas (1). Es importante saber que así mismo los infartos cerebrales son secundarios a fenómenos trombóticos, por lo cual existe un aumento en el porcentaje de producirse infarto hemorrágico.

Anteriormente se describió que las lesiones cerebro vasculares isquémicas no son totalmente características pues las hemorragias cerebrales . hematomas intradurales "espontáneos" pueden cursar con un perfil clínico similar a un EVC ISQUEMICO.

La probabilidad de un infarto cerebral en el curso de una cisticercosis está bien documentada y coincide con la fase inflamatoria del parásito. Suele estar precedida por cefalea severa y crisis convulsivas y se refiere a inflamación del parenquima cerebral con aumento de la IgG, de producción intratecal, y daño a la barrera hematoencefalica.

Las recientes generaciones de aparatos de tomografía computada, pueden diagnosticar más del 70% de las lesiones producidas por un infarto cerebral en las primeras 24 horas (8). Usando equipo de generaciones anteriores y por tanto de una definición menor varios autores refieren, una sensibilidad hasta de un 10% en las primeras 24 horas posteriores a la instalación del cuadro clínico (9-10) Las primeras manifestaciones del infarto cerebral suelen ser áreas de hipodensidad o efecto de masa. Estos datos se observan también en los modelos de infarto experimental en animales hay aumento importante de agua en el tejido infartado. Este aumento del agua ocurre por dos mecanismos secuenciales:

A) Alteraciones de la bomba sodio potasio que ocasiona un paso de agua y sodio del compartimiento extra al intracelular, se establece entonces por gradiente osmótico entre el espacio extracelular e intravascular un paso de agua de los capilares al espacio intravascular, se ha demostrado que hay un incremento de 3% de agua (11 y 12) en un peso en el tejido cerebral que produce isquemia cerebral en la región afectada.

Respecto a los resultados del reforzamiento por medio de contraste y / o la circulación del lujo se observó en 33 pacientes y su máxima frecuencia fué de 66.2% entre la segunda y cuarta semana. La circulación de lujo es debida a una hipervascularidad en las zonas próximas de el infarto que se establece entre el 5to y 10 día y puede durar hasta 28 días aproximadamente (13) , aunque se puede llegar a observar más tardíamente.

Lo que se denomina hipercaptación y reforzamiento por el medio de contraste que corresponde a un daño de la barrera hematoencefálica, que presentan los capilares en la zona de el infarto, daño de la barrera que condiciona una salida de el material de contraste por las juntas intercelulares abiertas del endotelio vascular y así mismo responsable del edema vasogénico existente en los vasos cerebrales.

En ocasiones el edema es tan importante que llega a producir grandes desplazamientos de las estructuras, colapso de los surcos localizados en el área lesional o en todo un hemisferio cerebral pudiendo llegar a producir herniaciones cerebrales.

Lo mas frecuente es que el efecto de masa producido por edema cerebral sea de leve a moderado produciendo una pequeña compresión del ventrículo lateral y una falta de visualización de los surcos en alguna zona o en todo el hemisferio afectado (13).

La atrofia cerebral acompaña a un gran número de casos de los infartos cerebrales, la presencia de surcos visibles y profundos probablemente sea el primer signo de la atrofia. pero el más fidedigno son las dilataciones ventriculares. Por eso es que el grado de la atrofia fué clasificado en: I y II cuando solo existía una anchura de los surcos, y un grado III y IV cuando habia además dilatación ventricular. Ningún paciente presentó demencia.

Es importante que en pacientes mayores de 60 años no hubo diferencias etiológicas entre ambos sexos en la producción de los infartos. La fibrilación auricular es algo más frecuente en mujeres que en hombres en estas edades aunque no es un factor de riesgo tan importante como en los individuos jóvenes. En la fibrilación auricular puede ocurrir infarto a cualquier edad, y la mayor parte de las veces es de tipo embolígeno cardíaco. Aunque en este estudio no se registraron infartos en edades pediátricas la incidencia es similar a la de otros países ocupando como primera causa la neuro infección en la primer década de la vida (14)

La mortalidad en los distintos grupos de edad fué similar entre el sexo femenino y masculino. No hubo una diferencia significativa.

Algunas etiologías del infarto cerebral son más frecuentes en hombres dependiendo del grupo de edad como por ejemplo en trauma craneal de mediana y severa intensidad. Un 2 o 3 % (15) hacen infarto cerebral , aunque casi en todos los traumas severos hay isquémia cerebral los que modifica su evolución

Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza." ISSSTE.

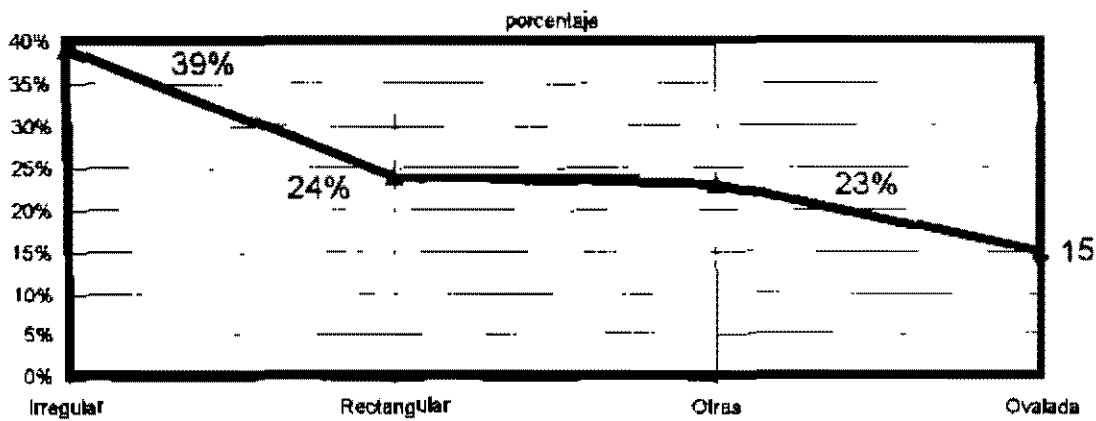
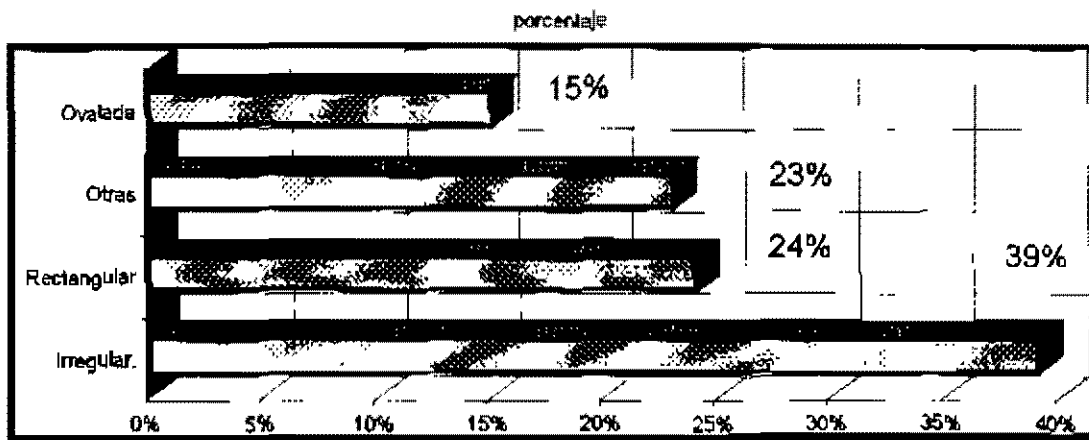
Servicio de radiología e Imagen.

Incidencia Diagnostica de la Tomografía Axial Computada en Evento Vascular Cerebral Agudo Esquémico

Dra. Rojas Villa Enedina Residente del Servicio de Radiodiagnostico de H.R.G.I.Z. (ISSSTE)

Grafica y Cuadro de porcentaje de Distribucion la Configuracion Geométrica de la Lesión Dentro de la incidencia Diagnostica en las primeras 72 Horas

Forma	porcentaje
Irregular.	39%
Rectangular	24%
Otras	23%
Ovalada	15%



Datos Obtenidos en el Servicio de Radiología e Imagen del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE. Durante el Período Comprendido de Enero a Agosto de 1998.

Hospital Regional General Ignacio Zaragoza." ISSSTE

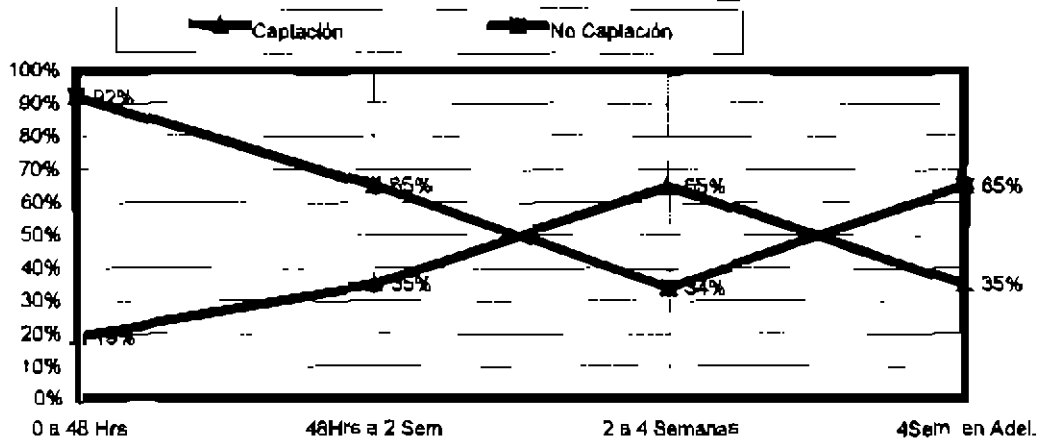
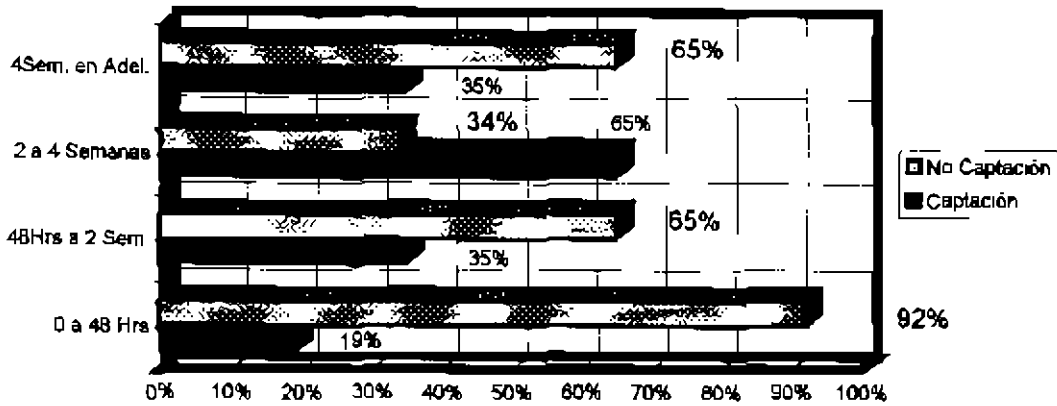
Servicio de radiología e Imagen.

Incidencia Diagnóstica de la Tomografía Axial Computada en Evento Vascular Cerebral Agudo Esquémico

Dra. Rojas Villa Enedina Residente del Servicio de Radiodiagnostico de H.R.G.I.Z. (ISSSTE)

Gráfica y Cuadro de porcentaje de Distribución del Comportamiento de Captación del Medio de Contraste de Acuerdo al Tiempo de Instalacion del Cuadro Clínico y la Realización del Tomografía Axial Computada Dentro de la Incidencia Diagnóstica en las primeras 72 Horas

Horas	Captación	No Captación
0 a 48 Hra	19%	92%
48Hrs a 2 Sem.	35%	85%
2 a 4 Semanas	85%	34%
4Sem. en Adel	35%	65%



Datos Obtenidos en el Servicio de Radiología e Imagen del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE. Durante el Periodo Comprendido de Enero a Agosto de 1998.

Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", ISSSTE.

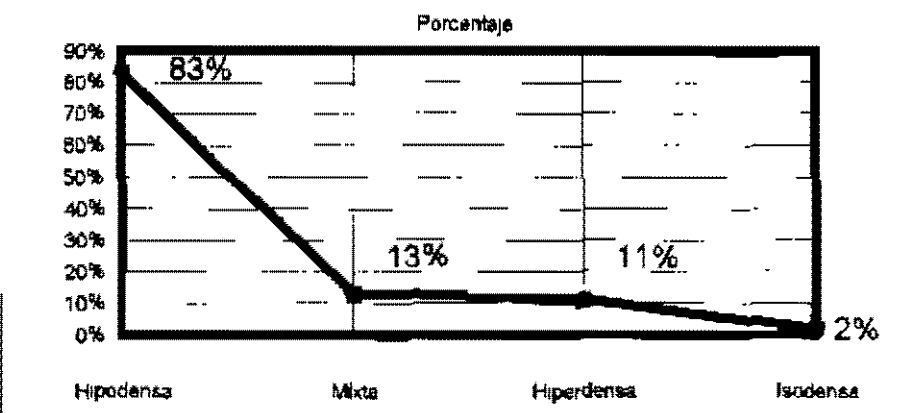
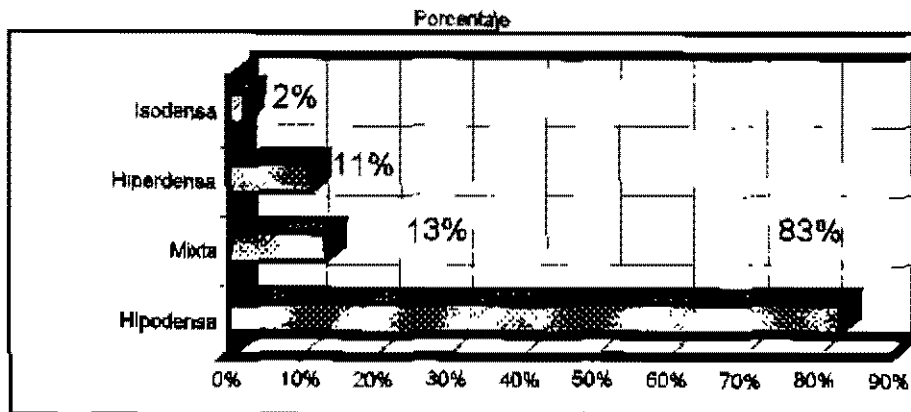
Servicio de radiología e Imagen.

Incidencia Diagnostica de la Tomografía Axial Computada en Evento Vascular Cerebral Agudo Esquémico

Dra. Rojas Villa Enedina Residente del Servicio de Radiodiagnostico de H.R G.I.Z. (ISSSTE)

Grafica y Cuadro de Distribución Según el Coeficiente de Atenuación de la Radiación Dentro de la incidencia Diagnostica en las primeras 72 Horas

Densidad de la Lesion.	Porcentaje
Hipodensa	83%
Mixta	13%
Hiperdensa	11%
Isodensa	2%



Como se representa en la grafica el mayor porcentaje corresponde a una área hipodensa que el comportamiento en el infarto de la Tomografía Axial Computada.

Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza." ISSSTE.

Servicio de radiología e Imagen.

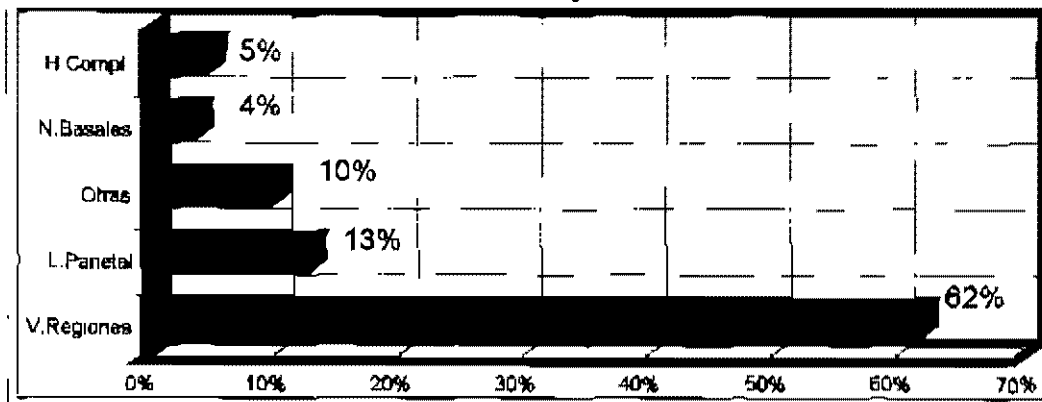
Incidencia Diagnostica de la Tomografía Axial Computada en Evento Vascular Cerebral Agudo Esquémico

Dra. Rojas Villa Ertedina Residente del Servicio de Radiodiagnostico de H.R.G.I.Z. (ISSSTE)

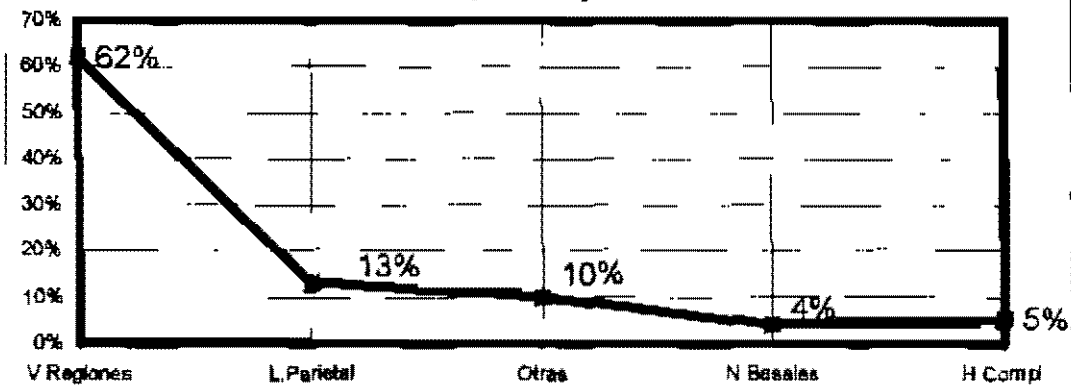
Grafica y Cuadro de Porcentaje de Distribucion de Acuerdo a la Configuracion Geometrica de la Lesión Dentro de la incidencia Diagnostica en las primeras 72 Horas

Ubicacion	porcentaje
V.Regiones	62%
L.Parietal	13%
Otras	10%
N.Basales	4%
H.Compl.	5%

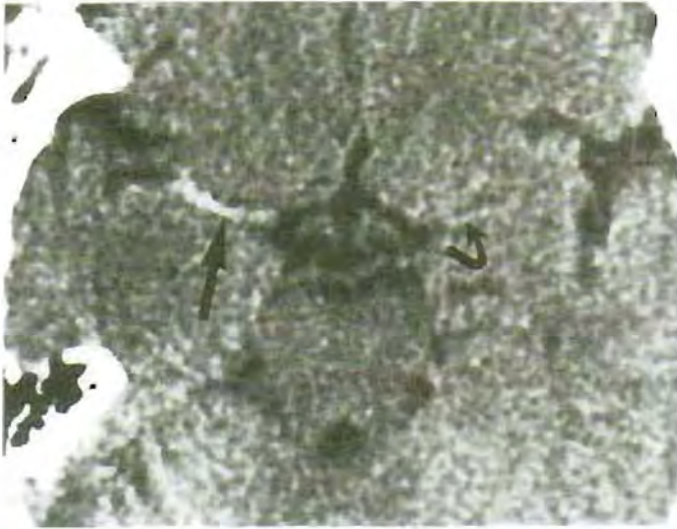
Porcentaje.



porcentaje



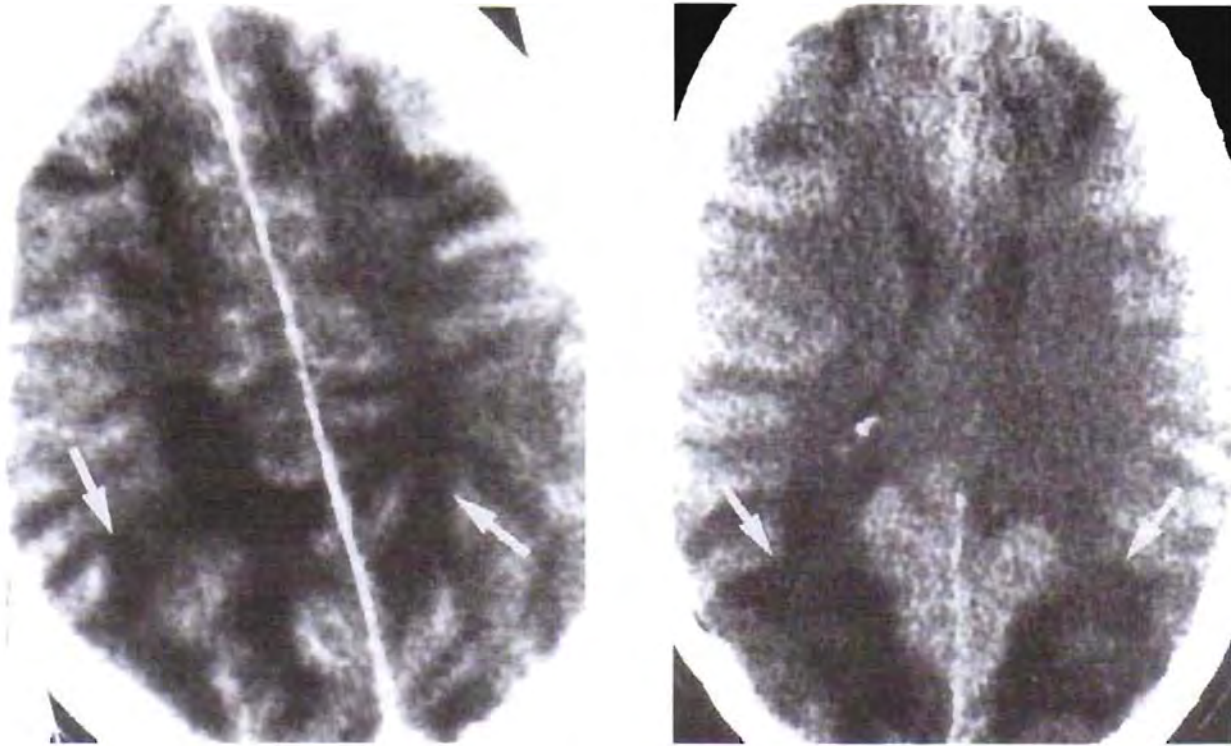
Datos Obtenidos en el Servicio de Radiología e Imagen del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE. Durante el Periodo Comprendido de Enero a Agosto de 1998.



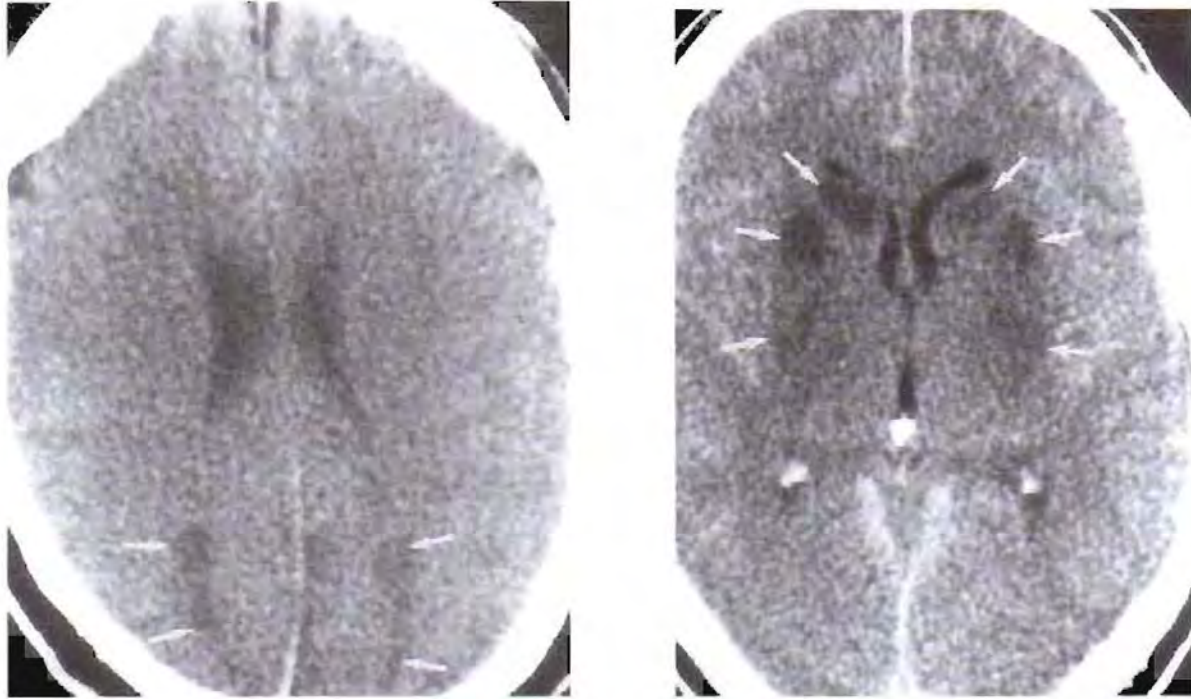
**HEMORRAGIA DE LOS
GANGLIOS DE LA BASE**



INFARTO ISQUEMICO DE
LA ARTERIA CEREBRAL
MEDIA.



HEMORRAGIA DE PACIENTE
GESTANTE HIPERTENSO



INFARTO DE LOS GANGLIOS DE
LA BASE EN PACIENTE
HIPERTENSO

CONCLUSION

La tomografía computada de cráneo debe ser realizada en todo paciente que presente trastorno neurológicos adecuadamente valorados sugestivos a infarto cerebral.

La tomografía computada es un método diagnóstico relativamente simple, no invasivo y que permite un diagnóstico de enfermedad cerebral aunque hay que evitar el abuso de este.

Todo paciente con sospecha de infarto cerebral debe tenerse en consideración que los hallazgos tomográficos aparecen de las 24 a 48 horas aproximadamente.

A todo paciente que se le observe un área de hipodensidad en la tomografía computada en fase simple, se hace necesario la introducción de medio de contraste IV, ya que está define si hay o no lesión con daño a la barrera hemátoencefalica

La evolución de los infartos, no siempre se presentó igual, hay un patrón de cambios diferentes lo que los hace atípicos.

Se observa mayor cantidad de infartos cerebrales en mujeres que en hombres, entre los 15 y 40 años de edad (Adultos jóvenes), es donde se marca la máxima diferencia entre ambos sexos predominando el femenino. Después de los 60 años, también hubo mayor incidencia en individuos del sexo femenino, no hay una explicación de este hecho

En nuestro país la presencia de arteriosclerosis precoz es infrecuente

En enfermos pediátricos la primera causa de infarto cerebrales son las neuro infecciones como. :Meningitis tanto piógenas como tuberculosas.

RESUMEN

El objeto de este estudio es conocer el porcentaje de pacientes que padecieron un Evento Vascular Cerebral Isquémico agudo, así como la eficacia del diagnóstico clínico comparándola con la eficacia de la Tomografía Axial Computada

Se realizó un análisis de las diferentes etiologías en las distintas , así como los casos que adecuadamente evaluados y aún así se sometieron a estudio de Tomografía Axial Computada .

Este es un estudio:

Realizado en el Hospital Regional " General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE

Pacientes y Métodos:

Se incluye en este estudio pacientes a partir de Enero de 1998 hasta Agosto de 1998. Se estudiaron 75 pacientes con el diagnóstico clínico de Evento Vascular Cerebral Isquémico agudo realizándoles el estudio de Cráneo Simple y Contrastado por medio de la Tomografía Axial computada

Resultados:

Se estudiaron 75 pacientes incluidos en este estudio de 41 pacientes equivalentes a (54.66%) fueron femeninos y 34 pacientes equivalente a (45 33%) fueron masculinos se incluyeron pacientes con un rango de edad de 40 a 60 años a los cuales se les realizo estudios de Cráneo Simple y contrastado por Tomografía Axial computada a través de medio de Cte. Conray al 30% de (Yodotalamato de Maglumina 30%) en percusión rápida. Con 10 cortes axiales simples y 10 con Med. Cte. cada corte 4mm de la base del cráneo y 8mm para parénquima.

RESULTADOS

Las áreas más lesionadas en forma individual : Lóbulo parietal 12 (13.7%) núcleo de la base 8 (9.19%) Hemisferio compl. 4 (4 5%) otros 9 (10.3%).

Las configuraciones geométricas irregular de 29 (38.6%), rectangular 18 (24%) y ovalada 11 (14.66%)..

La captación del Med. Cte. de acuerdo al tiempo de instalación del cuadro clínico fue mayor a las 72 hrs De instalado el cuadro y posteriormente a las 2 semanas de los 75 enfermos 38 enfermos (50.6%) no han presentado efecto de masa, mientras 37 sí la presentaron.

BIBLIOGRAFIA

1. Ajulich A, Wende S, Kazner E, et al. Computerised axial Tomography For Diagnosis And Follow Up Studies of Cerebral Infarcts On The develop of brain oedeme. The effects of Dexamethasone an Furosemide on perifocal brain tumors, En: J.ed. Computerised Axial Tomography, Berlin Heidelberg Nueva York, Spring 1978 ;105-109
2. Barry D, Pressman, E, James Tourge, Joseph, R, Tompsom. An Early CT sign of Ischemic Infarction. Increased density in a Cerebral Artery. AJR 1987 ;49: 583-586
3. Klein G. M ,Seland T.P. Oclusive Cerebro vascular Disease in young adults The Canadian Journal of Neurological sciences. 1984; 11:302-304
4. Bhargava Skumar AG, and Tand PN tuberculosis Meningitis: A CT study Brit. J. Radiolo. 1982; 55:189-196
5. Brant Zawadki M, Enzman Dr. Using Computed Tomography of the Brain to correte low white matter attenuation whit early Gestationan age 10n neomates Radiology 1981; 138-139.
6. Broks RA D, Ehiro G, Keller MR. Esplanation of Cerebral White gray contrast in Computed Tomography J Comput Assit Tomography 1980.489-491
7. Campbel JD, Houser DM, Stences JC, Whaner HW, Baker HL, Fijoger WN. Computed Tomography and Radionucleotide In the Evaluation of Ischemics Stroke Radiology 1978; 128:695-702
8. Alarcon F., et al. Cerebral cystecercosis and stroke Stroke 1992;23:224-228
9. Dunn D. W. , Daum R S., Weisberg L., and Vargas R. Ischemic cerebro vascular complications of Hemophylus Influenzae Meningitis. Arch neurol. 1982;39:650-652.

- 10 Launay M., N'Diaye M., Bories J. X-ray Computed Tomography study of small, deep, and recent infarcts of cerebral hemispheres in adults. Preliminary and critical report from the Neuroradiology. 1985;27:494-508
- 11 O'Brien, Ischemic Cerebral Edema A. review, Stroke 1979;10:623-628
- 12 Nobuhiko a; Contrast enhancement of Cerebral Infarction on Computed Tomography; Surg Neural. 1985; 24:141-150
- 13 Masahaaru s; shigeru T., Akitsugu K., And Chiho F; Occipital Lobe Infarction Caused By Tentorial Herniation. Neurosurgery, Vol 18 No 3 1986: 300-305.
- 14 Shekelle R.B., Ostfeld A.M.; Klawans H.L. Hypertension and risk of stroke in an elderly population stroke 1974; 5:71-75
- 15 Mirvis S.E., Wolf A.L., Numaguchi Y., et al. Post-traumatic cerebral infarction diagnosed by CT: Prevalence, origin, and outcome AJR 1990; 154: 1293-1298.