

## **Ictus cerebrovascular isquémico. Factores de riesgo, opciones terapéuticas y pronóstico funcional.4**

Autor: Dra. María del Carmen Lea Pereira, Medicina Interna, Neurología

### **Las escalas neurológicas deben tener dos objetivos fundamentales:**

- Describir el estado neurológico inicial del paciente, con el fin de predecir su evolución.
- Cuantificar la mejoría de los déficits neurológicos para poder establecer comparaciones.

Son múltiples las escalas existentes a este fin, como la escala de Mathew, la de Toronto, la de Orgogozo, la escala escandinava, la canadiense, etc.

Por otro lado, también es importante realizar una valoración funcional de estos pacientes describiendo el estado de independencia después de la fase aguda y relacionando variables que influyen en el pronóstico con la evolución posterior. Para ello se utilizan escalas de actividades de la vida diaria, escalas de evolución global y escalas de calidad de vida.

## **ATAQUE ISQUEMICO TRANSITORIO**

Los ataques isquémicos transitorios (AIT) se definen como episodios de déficit focal neurológico o alteración de la visión monocular, de menos de 24 horas de duración, debidos a la isquemia localizada en un territorio vascular cerebral o retiniano. Su comienzo es brusco, alcanzando el déficit neurológico máximo en unos cinco minutos, y de duración variable, si bien la mayoría revierte en menos de una hora, si la duración es superior a este tiempo la probabilidad de resolución total a las 24 horas es inferior al 15 %<sup>9</sup>. La duración media de los AIT carotídeos es de 14 minutos y de 8 minutos los vertebrobasilares. El ataque isquémico transitorio (AIT) precede al infarto aterotrombótico en un 25-30 % de los casos, al infarto cardioembólico en un 11-30 % y en un 11-14 % al infarto lacunar. El riesgo global de sufrir un ictus después de un El ataque isquémico transitorio (AIT) se sitúa en el 4-8 % en el primer mes y en el 12-13 % en el primer año, lo que supone un incremento del riesgo con respecto a la población de 13-16 veces el primer año y de 7 veces durante los 5 años siguientes.

En relación a la epidemiología es importante tener presente que resulta muy difícil establecer con precisión la incidencia del El ataque isquémico transitorio (AIT) debido a su carácter transitorio pues una gran mayoría de los pacientes no consultan con su médico. En los estudios de base poblacional realizados en Europa la incidencia oscila entre 35 y 300 casos por 100.000 habitantes, aumentando con la edad; y la prevalencia se sitúa entre 660 y 1300 casos por 100.000 habitantes.

Con respecto a la etiopatogenia, la enfermedad ateromatosa carotídea constituye la causa más frecuente de El ataque isquémico transitorio (AIT) con un 40 %, sobre todo en mayores de 60 años con factores de riesgo vascular. Los émbolos fibroplaquetarios originados en placas ateroscleróticas de las arterias extracraneales constituyen la causa más frecuente de los ataques isquémicos

transitorios (AIT). Los factores hemodinámicos, como la hipotensión arterial sistémica, la hipovolemia o la hemoconcentración, pueden ser las responsables cuando coexisten con estenosis carotídea superior al 90 %. Otras causas las encontraríamos en los embolismos de origen cardíaco (20-25 %), la isquemia lacunar (20 %), los estados de hipercoagulación, la enfermedad carotídea o vertebrobasilar no ateromatosa (angiopatía amiloidea o el Síndrome de Sneddon), las vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas, el abuso de drogas vasoactivas, etc.

La clínica de los ataques isquémicos transitorios (AIT) varía en función del territorio vascular afectado. Así, los ataques isquémicos transitorios (AIT) carotídeos pueden cursar de dos formas: como una ceguera monocular transitoria o amaurosis fugaz, con recuperación en unos pocos minutos y producida por isquemia retiniana, donde la causa se encuentra en la oclusión arterial por émbolos plaquetarios, de colesterol o de calcio, o bien en una vasoconstricción de las arteriolas retinianas. O bien cursar como un ataque hemisférico transitorio, combinando un déficit focal motor o sensitivo, habitualmente en la mano o antebrazo, junto con alteración del lenguaje. Los AIT de la región vertebrobasilar suelen cursar con diplopía, disartria, ataxia, hemiparesia, o hemihipoestesia afectando a uno o a ambos lados. Las fotopsias asociadas a un déficit hemianóptico, cefalea y parestesias son manifestaciones comunes de la oclusión de la arteria cerebral posterior.

También manifestaciones tan variadas como las sacudidas involuntarias de una extremidad o la ceguera monocular transitoria precipitada por la luz brillante se han identificado como manifestaciones clínicas de los ataques isquémicos transitorios (AIT).

Por tanto, es preciso realizar un correcto diagnóstico clínico considerando dentro de las patologías de diagnóstico diferencial entidades como el síncope, los episodios confusionales agudos, la amnesia global o parcial transitoria, la disartria, la diplopía aislada, el vértigo aislado, las crisis parciales simples y la migraña.

La patología cerebrovascular ha sido ampliamente estudiada en todos sus aspectos con el fin de determinar los factores relacionados con su etiología, tanto los considerados como potencialmente modificables como los derivados de la variabilidad genética. Otro campo importante de la investigación lo constituye la evaluación del curso evolutivo una vez acontecido el ictus, así como aquellos elementos que puedan contribuir a la modificación del mismo, tanto desde un punto de vista farmacológico como también atendiendo aspectos fisioterapéuticos. Considerando los posibles factores de riesgo, no debemos olvidar que nos encontramos ante una enfermedad vascular si bien parece que, según distintos autores, se encuentra en entredicho la participación de determinados elementos en su génesis.

En un estudio descriptivo 10 realizado en nuestro medio sobre un total de 250 pacientes, encontramos que la patología concomitante que se presentaba con mayor frecuencia en nuestros pacientes era la hipertensión arterial, con independencia del sexo, aunque si bien la prevalencia era mayor en los varones. Por otro lado, el tabaquismo fue un factor de riesgo independiente, que aumentaba en 2-4 el riesgo de enfermedad cerebrovascular, de forma que su asociación con la hipertensión arterial (HTA) incrementaba el mismo en 20 con respecto a normotensos no fumadores.

Otros factores de riesgo identificados en este estudio fueron las cardiopatías y la diabetes mellitus.

Vokó et al 11 publicaron en 1999 un estudio de cohortes prospectivas realizado en sujetos mayores de 55 años durante un periodo de seguimiento de 4 años que tiene como objetivo principal establecer la relación existente entre hipertensión arterial (HTA) e ictus. Para ello realizan comparaciones no sólo entre sujetos hipertensos y no hipertensos, sino también entre los primeros y aquellos individuos no tratados con cifras tensionales inferiores a 160 y 90 mmHg para tensiones arteriales sistólicas y diastólicas, respectivamente. Los datos obtenidos sugerían que la cifra media óptima de tensión arterial en pacientes de edad avanzada se situaba en niveles mayores que las consideradas convencionalmente como “normales”, situándose el menor riesgo de ictus en pacientes hipertensos de edad avanzada en torno a 140/80 mmHg.

Por otro lado, la patología vascular tiende a ser relacionada en los últimos tiempos con procesos infecciosos y en este sentido Linares-Palomino y col. 12 diseñaron un estudio de casos y controles con un total de 26 pacientes que tiene como finalidad la evaluación de la participación de *Chlamydia pneumoniae* en la formación y/o complicación de la ateromatosis carotídea extracerebral. Tras la determinación de anticuerpos específicos frente a *C. pneumoniae* y la realización de biopsias arteriales para la detección de ADN de la bacteria por técnicas de PCR, se evaluó la relación entre la clínica arteriosclerótica, la seroprevalencia de los anticuerpos y la presencia de ADN de *C.pneumoniae* en las biopsias obtenidas.

Fuente: portalesmedicos.com