

Ataques cerebrovasculares isquémicos transitorios

Sergio Calleja Puerta

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España.

Puntos clave

- El ataque isquémico transitorio (AIT) es un episodio breve de disfunción neurológica causado por una isquemia cerebral focal o retiniana, con síntomas clínicos que duran menos de una hora y sin evidencia de infartos agudos.
- Es posible identificar un AIT como heraldo de hasta una cuarta parte de los ictus.
- El AIT es un problema ampliamente infradiagnosticado, en gran parte debido al desconocimiento poblacional, y con frecuencia manejado inadecuadamente.
- El ictus y el AIT son dos fases del espectro de una misma enfermedad, la isquemia cerebral.
- El proceso diagnóstico debe focalizarse en determinar la causa del evento isquémico.
- El riesgo precoz de ictus tras un AIT es muy elevado, por lo que la evaluación y el tratamiento de estos pacientes deben ser inmediatos.
- La escala ABCD ofrece una aproximación clínica a la tipificación de los pacientes con alto riesgo de ictus, si bien las pruebas complementarias que desvelan la fisiopatología en cada caso proporcionan datos más fiables.
- El tratamiento del AIT y la profilaxis secundaria que debe instaurarse, al igual que en el caso del ictus establecido, están condicionados por la etiología en cada paciente.
- Se recomienda la hospitalización de los pacientes con AIT con el fin de facilitar su más rápida evaluación y el inicio inmediato de medidas de profilaxis secundaria.
- Las clínicas de resolución rápida permiten obviar la necesidad de hospitalización y constituyen una aproximación nueva y más activa a la prevención del ictus tras el AIT.

Palabras clave: Ataque isquémico transitorio • Ictus • Enfermedad cerebrovascular.

La aproximación nihilista que durante muchos años lastró las posibilidades de tratamiento y recuperación de los pacientes con ictus ha marcado también la historia del ataque isquémico transitorio (AIT), jalonando su camino de un rastro de oportunidades perdidas. Durante años los médicos no hemos sido capaces de asimilar la sencilla y evidente analogía entre el AIT y la angina, comprendiendo la llamada de atención que representaba la segunda y actuando en consecuencia, pero ignorando la frágil situación del paciente con déficits neurológicos transitorios, desactivando la urgencia una vez que los síntomas se habían resuelto. Hoy, cada vez más, merced a los numerosos datos epidemiológicos disponibles, a la posibilidad de realizar investigaciones fisiopatológicas precisas y al abanico terapéutico que de dichas investigaciones se deriva, el AIT adquiere la consideración que se merece y recibe el tratamiento de urgencia médica.

El ictus y el AIT son dos fases del espectro de una misma enfermedad, la isquemia cerebral. Una enfermedad que, hoy por hoy, constituye la primera causa de mortalidad en la mujer en España y la segunda en el varón, y la primera causa de discapacidad en la edad adulta. Esta enfermedad es prevenible y, detectada cuando los síntomas han sido transitorios, ofrece una oportunidad única de salvar a nuestros pacientes de una vida de discapacidad y sufrimiento.

Perspectiva histórica

Los años cincuenta y sesenta del siglo pasado fueron testigos de una viva discusión acerca del límite temporal por debajo del cual un evento isquémico cerebral debía ser considerado como AIT. En 1958 un comité de los National Insti-

tutes of Health sugirió que el AIT podía durar varias horas, pero que normalmente revertía en un intervalo de pocos segundos a 10 min, con una duración máxima de 1 h. Sin embargo, en 1975, un nuevo comité alargó el intervalo temporal, permitiendo incluir bajo la definición de AIT eventos de duración inferior a 24 h. Este límite, arbitrario y anterior a la disponibilidad amplia de estudios neurodiagnósticos fiables, promovió una aproximación al AIT como un evento menor por lo evanescente, asociado con pocos hallazgos clínicos o diagnósticos objetivos. Los numerosos datos clínicos, experimentales y de imagen acumulados desde entonces han puesto completamente en duda esa visión, cuestionando el límite de 24 h por inapropiado para establecer la ausencia de lesión cerebral y generador de incertidumbre respecto a la actitud que debe adoptarse frente al AIT.

Definición actual

Por todas las razones apuntadas, se ha propuesto una nueva descripción diagnóstica¹: el AIT es un episodio breve de disfunción neurológica causado por una isquemia cerebral focal o retiniana, con síntomas clínicos que normalmente duran menos de 1 h y sin evidencia de infartos agudos. Los datos disponibles revelan que la mayoría de los AIT se resuelven en menos de 60 min y el grueso de éstos en menos de 30 min².

Epidemiología

En Estados Unidos, entre 200.000 y 500.000 personas sufren cada año un AIT³, lo que representa que unos 5 millones de estadounidenses han presentado esta enfermedad, permaneciendo en muchos casos infradiagnosticada⁴. En nuestro país se han publicado 3 trabajos sobre la incidencia de AIT⁵⁻⁷, con cifras que oscilan entre 35 y 280 casos por cada 100.000 habitantes al año. Probablemente, esta última cifra se acerca más a la realidad, ya que procede del único estudio puerta a puerta disponible⁵, que evitaba así la pérdida de los casos de pacientes que no consultaban con el médico.

Se sabe además que es posible identificar un AIT como heraldo de hasta una cuarta parte de los ictus⁸, por lo que su tipificación y tratamiento apropiados podrían tener efectos dramáticos sobre la devastación personal y social que representa la isquemia cerebral.

Un problema mayor que limita la adecuada asistencia a esta entidad es el escaso conocimiento que tiene la población general de los signos de alarma que permiten identificar la isquemia cerebral. Estudios realizados en Estados Unidos y el Reino Unido revelan que, tras un AIT, prácticamente la mitad de los pacientes no solicita ayuda médica durante las primeras 24 h⁹.

Fisiopatología de la isquemia cerebral

El médico debe aprender a focalizar su atención y su razonamiento en la causa de la isquemia, y no en la duración de los síntomas. Es importante reconocer que tanto los AIT como los ictus pueden ser el resultado de una amplia variedad de etiologías. Los cardiólogos nos han enseñado que, ante una angina o un infarto de miocardio, los criterios más importantes que condicionan el pronóstico y el tratamiento son la naturaleza, la localización y la gravedad de la enfermedad coronaria que causa la isquemia. Del mismo modo, la causa de la isquemia cerebral (sea esta cardiogénica, derivada de una arteriopatía intracraneal o extracraneal, de una enfermedad de pequeño vaso o de una coagulopatía) es el principal determinante del pronóstico y el tratamiento. Actualmente disponemos de técnicas capaces de determinar las causas rápida y eficazmente en la mayoría de nuestros pacientes. Por tanto, el proceso diagnóstico debe focalizarse en la causa del evento isquémico¹⁰.

Por otro lado, con la introducción de las técnicas de resonancia magnética (RM), que son mucho más sensibles que la tomografía computarizada (TC) para detectar la isquemia y el infarto cerebral, se ha demostrado que un porcentaje sustancial de pacientes con AIT desarrollan lesiones cerebrales permanentes, y que la probabilidad de que esto ocurra está ligada al tiempo de duración de los síntomas¹¹.

Riesgo de ictus tras un ataque isquémico transitorio

En los últimos años ha quedado claro que el riesgo a corto plazo de sufrir un ictus tras un AIT es muy elevado. Uno de los primeros estudios que arrojó luz sobre este particular analizó una cohorte de pacientes que acudieron a 16 hospitales del norte de California entre marzo de 1997 y enero de 1998¹². De los 1.707 pacientes diagnosticados de AIT, el 10,5% sufrió un ictus en los 90 días siguientes, y la mitad de ellos tuvieron lugar en las primeras 48 h tras el AIT. Adicionalmente, el riesgo combinado de eventos cardiovasculares, muerte y recurrencia de AIT fue del 21,5%. Diversos estudios prospectivos poblacionales realizados desde entonces han obtenido cifras similares¹³⁻¹⁵.

Más interesante, si cabe, es analizar el pronóstico de determinados subgrupos etiológicos de AIT. Así, en el North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET), los pacientes con AIT relacionado con una estenosis carotídea grave tenían un riesgo de sufrir un ictus ipsilateral a los 2 años del 43,5%, y el riesgo tras un AIT era superior al riesgo tras un ictus establecido (del 20,1% a los 90 días tras un AIT, y tan sólo del 2,3% tras un ictus).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3472025>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3472025>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)