

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

MANIFESTACIONES CLÍNICAS INICIALES DEL INFARTO CEREBRAL ATEROTROMBÓTICO

Por:

Dr. Rafael Emilio Espinosa González¹, Dra. Ana Hortensia Pérez López² y Dra. Nuria Hernández Rojas³

1. Especialista de I Grado en Neurología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro" Santa Clara, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC. e-mail: rafaeleg@hamc.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Neurología. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico "Camilo Cienfuegos". Sancti Spíritus.
3. Especialista de I Grado en Neurología. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico "Camilo Cienfuegos". Sancti Spíritus.

Descriptor DeCS:

TRASTORNOS CEREBROVASCULARES
INFARTO CEREBRAL/epidemiología
FACTORES DE RIESGO

Subject headings:

CEREBROVASCULAR DISORDERS
CEREBRAL INFARCTION/epidemiology
RISK FACTORS

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen no menos del 50 % de los trastornos neurológicos que se presentan en un hospital general; son, además, las enfermedades neurológicas más invalidantes de la población adulta mayor de 65 años, y una de las principales causas de morbilidad, mortalidad e invalidez funcional en los países desarrollados y en Cuba, lo que determina una gran carga social y un elevado costo económico¹.

Aproximadamente, el 80 % son debidas a infarto cerebral, ya sea por trombosis o embolias; un número menor corresponde a causas inflamatorias o espasmos arteriales; estas tienen una recurrencia de un 25-30 % en los cinco años siguientes, 12-13 % en el primer año, y entre 4 y 8 % en el primer mes²⁻⁴.

El infarto cerebral se manifiesta clínicamente por un déficit focal agudo en relación con el territorio vascular afectado. La gravedad de los síntomas y signos está en relación con el calibre de la arteria obstruida y, por tanto, con el tamaño del infarto, así como con su territorio de distribución, circulación colateral, tiempo de isquemia, calidad de la sangre y disminución de los factores anticoagulantes^{3,4}. Tiende a ocurrir durante el sueño; el paciente despierta paralizado, durante la noche o por la mañana; al no percatarse de que tiene dificultades para levantarse, cae al suelo al tratar de dar el primer paso; está asociado a alteraciones en el lenguaje y otros síntomas y signos, en dependencia del territorio vascular afectado: carotídeo o vertebrobasilar. Los síntomas carotídeos incluyen: pérdida visual monocular ipsolateral, hemianopsia homónima, hemiparesia o hemihipoestesia contralaterales, disartria o afasia, los síntomas vertebrobasilares incluyen: pérdida visual binocular, vértigo, ataxia, paresia alterna, disartria, disfagia, diplopía, entre otros^{2,5}.

La rapidez en el diagnóstico de los pacientes afectados por esta enfermedad influye marcadamente en su evolución posterior, y no siempre son identificados tempranamente y remitidos a los centros especializados para su estudio y tratamiento adecuados; esto nos motivó a realizar esta

investigación retrospectiva en 126 pacientes con diagnóstico clínico de infarto cerebral, corroborado por tomografía axial computadorizada de cráneo, en el servicio de Neurología del Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro", en el año 2005.

Los resultados encontrados fueron los siguientes: en el territorio carotídeo, la hemiplejía izquierda fue el síntoma que predominó en 82 pacientes, lo que representó un 65,1 %; le siguió, en orden de frecuencia, la disartria, en 75 pacientes (59,5 %), la hemiplejía derecha apareció solo en 43 (34,1%), seguido de los trastornos visuales (hemianopsia homónima) en 19 pacientes (15,1%) y vértigo y ataxia en 15 (11,9%); la afasia se observó solo en ocho pacientes.

Con respecto al territorio vertebrobasilar, los síntomas más frecuentes fueron la hemiplejía izquierda en 15 pacientes (71,4 %), la disartria en 14 (66,7 %), vértigos y ataxia también en 14 pacientes. La cefalea fue más frecuente en el territorio carotídeo que en el vertebrobasilar, con una razón de 8:1.

Otros síntomas encontrados fueron: alteración de la conciencia en cuatro pacientes, crisis convulsiva en tres, alteraciones de la conducta en cinco, y toma de pares craneales en cuatro pacientes.

Raymond Adams¹ plantea que los síntomas más específicos de alteración en el territorio carotídeo son las amaurosis monoculares y la afasia, y en el territorio vertebrobasilar son los que dependen de la afectación de los nervios craneales (diplopía, vértigo, parálisis facial periférica), o los dependientes de la afectación cerebelosa (dismetría, ataxia), o de isquemia biooccipital (amaurosis bilateral).

Escudero H y colaboradores⁶ encontraron, como síntomas predominantes en los pacientes estudiados, la hemiplejía y los trastornos visuales, como amaurosis fugaz y ceguera total.

Otros estudios realizados por Ortega L y colaboradores⁷, en pacientes con infarto cerebral isquémico vertebrobasilar, coinciden con nuestros resultados, al presentar la hemiplejía, disartria, vértigo y ataxia, como síntomas característicos.

La cefalea se ha encontrado en varios estudios, sobre todo en los infartos del territorio carotídeo².

Referencias bibliográficas

1. Miranda J, Pérez G. Epidemiología. En: Miranda JA. Enfermedades cerebrovasculares. Santiago de Cuba: Oriente; 2004. p. 31-57.
2. Ropper AH, Brown RH. Cerebrovascular diseases. En: Ropper AH, Brown RH, Adams RD, Víctor M. Principles of neurology. 8^{va} ed. New York: McGraw-Hill Interamericana; 2005. p. 660-74.
3. Martí Vilarta JL. Concepto y clasificación de las enfermedades cerebrovasculares .En: Castillo Sánc J, Álvarez Sabín J, Martí Vilarta JL, Martínez Vila F, Matías Guiu J. Manual de enfermedades vasculares cerebrales. 2^{da} ed. Barcelona: Proas Science; 2005. p. 26-32.
4. Wieloch T. Molecular mechanisms of ischemic brain damage. En: Edvensson L. Krause DN. Cerebral Blood flow and metabolism. Philadelphia: Lippincott-Williams-Wilkins; 2002. p. 423-51.
5. Castillo J, Leira R, García MM, Serena J, Blanco M, Dávalos A. Blood Pressure decrease during acute phase of ischemic Stroke is associated with brain injury and poor stroke outcome. Stroke. 2004;35:520-7.
6. Escudero H, Hernández TC. Evolución clínica de la enfermedad vascular extracraneal asintomática en ancianos. Acta Med. 2002;10(1-2):1-4.
7. Ortega L. Alteraciones neuropsicológicas en el Ictus del territorio vertebrobasilar. Rev Cubana Med Inten Emerg. 2004;3(1):1-6.

Recibido: 17 de enero de 2008

Aprobado: 29 de enero de 2008