

ARTÍCULO ORIGINAL

Características clínicas y epidemiológicas de la isquemia cerebral transitoria en pacientes egresados de un hospital provincial universitario

Clinical and epidemiological characteristics of the little stroke in patients discharged from a provincial university hospital

MsC. María del Carmen Ricardo Cobas¹ y MsC. Viviano Cobas Mesa²

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesora Asistente. Diplomada en Medicina Intensiva y Emergencias. Máster en Urgencias Médicas. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de los 139 pacientes egresados del Servicio de Cerebrovascular del Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba con el diagnóstico de ataque transitorio de isquemia, en el período comprendido de enero a diciembre de 2007, a fin de caracterizar a la población analizada según variables de interés e identificar los hallazgos tomográficos más frecuentes, así como precisar las características ecográficas de la placa de ateroma y el grado de estenosis presente en quienes se indicó el eco Doppler carotídeo. En la serie, los factores de riesgo más frecuentes fueron: sexo femenino, edad de 65 y más años, hipertensión arterial, tabaquismo, soplo carotídeo y antecedente de un ataque transitorio de isquemia, ocurrido 3 meses antes de efectuar esta investigación.

Palabras clave: isquemia cerebral transitoria, estenosis carotídea, placa de ateroma, estenosis, ecografía Doppler, circulación carotídea.

ABSTRACT

An observational, descriptive and cross-sectional study was carried out in 139 patients with the diagnosis of a little stroke, discharged from the Cerebrovascular Service at "Saturnino Lora Torres" Teaching Clinical Surgical Provincial Hospital in Santiago de Cuba from January to December, 2007, with the aim of characterizing the population analyzed according to interest variables and identifying the most frequent tomographic findings, as well as specifying the echographic characteristics of atheroma and the stenosis degree in those who had a carotid Doppler ultrasonography indication. The most frequent risk factors in the series were: female sex, 65 years old and over, hypertension, smoking habit, carotid bruit and history of a little stroke suffered 3 months before carrying out this investigation.

Key words: little stroke, carotid stenosis, atheroma, stenosis, Doppler ultrasonography, carotid circulation.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, se ha definido el ataque transitorio de isquemia (ATI) como aquellos trastornos eventuales y focales de la circulación cerebral o retiniana, de comienzo brusco, que da lugar a síntomas y signos neurológicos, de breve duración (generalmente minutos), con recuperación completa de la función neurológica en el intervalo de una hora y sin evidencias de infarto en las pruebas de neuroimagen. La importancia clínica de los ATI radica en que constituye la primera manifestación de la enfermedad cerebrovascular en muchos afectados, similar a la "angina de pecho" en el infarto del miocardio agudo (IMA), por lo que puede considerarse como la "angina cerebral". Por ello, la identificación, la evaluación de su causa y el tratamiento adecuado en estos pacientes, puede prevenir la presentación de un ictus.¹

De hecho, la aparición de dicho ataque conduce a la identificación de un grupo de personas particularmente susceptibles al ictus, que representa el mayor riesgo durante el primer año. Este se presenta antes de 25-50 % de los infartos aterotrombóticos, 12-30 % de los cardiembólicos y 11-14 % de los lacunares.^{1,2}

Los ictus transitorios pueden preceder en días, semanas o meses y, rara vez, en años, al infarto trombótico. Los afectados con ataque transitorio de isquemia tienen un riesgo elevado de ictus y otras alteraciones cardiovasculares graves, pero su pronóstico individual resulta extremadamente variable, en dependencia de su etiopatogenia y los distintos factores de pronósticos.^{2,3} Todo lo anterior motivó a efectuar la presente investigación, la cual se fundamentó en la descripción de algunas variables clinicoepidemiológicas importantes que inciden en la aparición de un ictus isquémico en pacientes con ataque transitorio de isquemia cerebral.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de los 139 pacientes egresados del Servicio de Cerebrovascular del Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba con el diagnóstico de ataque transitorio de isquemia, en el período comprendido de enero a diciembre de 2007, a fin de caracterizar a la población analizada según variables de interés e identificar los hallazgos tomográficos más frecuentes, así como precisar las características ecográficas de la placa de ateroma y el grado de estenosis presente en quienes se indicó el eco Doppler carotídeo.

Entre las variables clinicoepidemiológicas figuraron: edad, sexo, formas clínicas de la enfermedad, territorio vascular afectado, alteraciones en la ecografía Doppler carotídea y aspecto sonográfico de la placa de ateroma, hallazgos de la tomografía axial computarizada de cráneo simple y ecocardiograma. También se determinó la presencia de algunos factores de riesgo, a saber: ataque transitorio de isquemia previo (menores de 3 meses), soplo carotídeo, cardiopatía embolígena, isquemia cardíaca, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo y dislipemias.

RESULTADOS

Se evidenció un predominio del grupo etario de 65 años y más, con 79 pacientes (56,8 %), y el sexo femenino, con 85 mujeres, lo que representó 61,1 %. La circulación carotídea o anterior resultó ser la más afectada, seguida de la vertebrobasilar, con 76 (54,7 %) y 63 (45,3 %) pacientes, respectivamente.

La forma clínica hemisférica de presentación del ATI estuvo representada en 65 afectados, para 46,8 %, seguida de la lacunar, con 38 pacientes, para 27,3 %, y de la atípica, con 33, para 23,7 %. La amaurosis fugaz transitoria fue la menos frecuente en la casuística, con solo 3 pacientes (2,2 %).

Respecto a los factores de riesgo, la hipertensión arterial constituyó el más importante, pues estuvo presente en 79 integrantes de la serie (56,8 %), seguidas de: el tabaquismo (con 41, para 29,5 %), la presencia del soplo carotídeo (36 para 25,9 %), los antecedentes de isquemia cardíaca (32, para 23,0 %) y la historia de ATI en los 3 meses previos al cuadro clínico actual (27, para 19,4 %). Se observaron, además, trastornos del metabolismo de los lípidos en 49 participantes de la serie (35,0 %), con afectación en ambos sexos por igual, y otros factores como la diabetes mellitus y cardiopatía embolígena, los cuales representaron 11,5 y 7,2 % del total, respectivamente.

El hallazgo tomográfico más frecuente fue la atrofia cerebral, con 82 pacientes (59,0 %), y el más importante con la ecografía Doppler, una placa ateromatosa fibrosa, advertida en 45,7 % del total. Por otra parte, el engrosamiento de la íntima estuvo en 39,5 % de los afectados, y una placa elevada e irregular y la estenosis carotídea mayor de 50,0 % fueron observadas en 12,3 % de los integrantes de la serie, mientras que la estenosis carotídea menor de 50,0 % afectó a 24,7 % de la generalidad y la ulceración de la placa, 8,6 %. No hubo oclusión carotídea completa ni hemorragia intraplacas.

DISCUSIÓN

Según las valoraciones de Hankey y Warlow, ⁴ basadas en un metanálisis, en una población de un millón de habitantes, ocurrirán 2 400 ictus (1 800 incidentes y 600 recurrentes) y 500 ataques transitorios de isquemia, de los cuales, 20 % de los afectados morirá en los 28 días, luego de iniciada la enfermedad, y 600 quedarán con discapacidad motora al final del primer año.

Muchos de los factores de riesgo son comunes para todas las personas con afecciones vasculares, pero aquellos con enfermedad coronaria, o insuficiencia cardíaca o arterial periférica, poseen mayor riesgo de un primer ictus, comparado con los que no tienen estos antecedentes. ^{3,4} Para los hombres el riesgo relativo es de 1,73 (intervalo de confianza: IC 95 %= 1,68-1,78) y para las mujeres, 1,55 (IC 95 %= 1,17-2,07), ¹ lo que no se corresponde con lo obtenido en este estudio, en el cual prevaleció el sexo femenino.

Los individuos normotensos de más de 55 años de edad tienen 90 % de probabilidad de presentar un ictus en toda su vida, en tanto que más de las 2 terceras partes de las personas pertenecientes al grupo etario de más de 65 años son hipertensas, por lo que el monitoreo de la tensión arterial debe ser más frecuente en estas edades. Estos hallazgos concuerdan con lo encontrado en la serie y otras investigaciones ^{5,6} en cuanto al predominio de dichos grupos etarios.

Respecto a la relación de la tensión arterial con el riesgo del inicio de enfermedades cardiovasculares (incluido el ictus) es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo (a mayor tensión arterial, mayor riesgo de causar un ictus). El control de la hipertensión arterial sistólica en el anciano resulta también importante, pues puede disminuir el riesgo de tener un ictus, lo que fue demostrado en el estudio Systolic Hipertensión in Elderly Program (SHEP),⁷ donde se observó una reducción en 36 % de ellos. La hipertensión arterial fue el factor de riesgo más importante en esta investigación, seguidas del tabaquismo, lo que se corresponde con lo referido por otros autores.^{3,8}

En cuanto al tabaquismo, en un metanálisis de 32 estudios prospectivos se estimó un riesgo relativo de 1,9 % para la aparición de ictus isquémico y 2,9 % para la ocurrencia de hemorragia subaracnoidea. Se ha definido que los individuos que dejan de fumar reducen el riesgo de un primer ictus en 50 %; a los 5 años el riesgo es igual que en los no fumadores.^{2,3,8}

La diabetes mellitus fue observada en 11,5 % de los pacientes de la serie, la cual constituye un factor de riesgo independiente en el ictus isquémico, que aumenta el riesgo relativo en 1,8 a 6 veces. Un aspecto importante resulta la asociación de la diabetes mellitus con la hipertensión arterial.¹

A la fibrilación auricular aislada se asocia, con un incremento triplicado o cuadruplicado, el riesgo de padecer un ictus, aun después de "ajustar" otros factores de riesgo como la de aquellos (sin infarto cerebral o ATI previos) que padecen isquemia cerebral en una proporción de 2 a 4 % por año.⁹ En la casuística, la cardiopatía embolígena estuvo presente en 7,2 %.

Con vistas a definir el tratamiento en función del riesgo, es importante la estratificación de los factores, para lo cual fue creado un sistema, cuyas siglas en inglés son CHADS2 (insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, edad mayor de 75 años, diabetes mellitus y antecedentes de infarto cerebral o ATI), que trata de la asociación de estos componentes, los cuales son predictores de riesgo independiente para ictus. Algunos autores^{2,3,10} recomiendan el uso de terapias anticoagulantes en estos pacientes a fin de disminuir el riesgo de ocurrencia. El esquema CHADS2 es útil para la prevención primaria; sin embargo, el peligro de padecer, anualmente, un ictus es de 10,8 por cada 100 individuos con ECV previa. En la serie, se manifestaron, con primacía en dicha asociación, la insuficiencia cardíaca, la hipertensión arterial y el grupo etario de 65 años y más (ambas con igual porcentaje), así como la diabetes mellitus asociada y la experiencia de al menos un episodio de ATI.

En pacientes con IMA sin complicación, la incidencia de ictus o embolismos sistémicos es baja, pero resulta de 12 % en pacientes con IMA complicado y trombo en el ventrículo izquierdo. Esta tasa es aún más elevada en pacientes con IMA de cara anterior y llega a ser de 20 % en infartos anteroapicales extensos. El riesgo permanece alto, aun después de la fase aguda, en los que tienen una disfunción miocárdica persistente, insuficiencia cardíaca o fibrilación auricular, por lo que muchos especialistas recomiendan terapia combinada con aspirina y warfarina. La cardiopatía isquémica representó 23 % de la serie, lo que concuerda con la bibliografía médica consultada.^{1,9}

Algunos estudios prospectivos realizados en ambos sexos muestran un incremento en las tasas de ictus isquémicos a mayores niveles de colesterol total.¹¹

El aumento de los triglicéridos es uno de los componentes del síndrome metabólico y se asocia a una mayor incidencia de ictus; de igual manera, la aparición de isquemia cerebral en pacientes con enfermedad coronaria, se asocia a niveles altos de triglicéridos y bajos de lipoproteína de alta densidad.^{12,13}

La ateromatosis de la arteria carótida extracraneal es una causa frecuente de infarto cerebral. En 7-9 % de los hombres y 5-7 % de las mujeres mayores de 65 años puede observarse una ateromatosis carotídea asintomática entre 75-99 % de la luz del vaso, la cual, además, es un importante indicador de isquemia coronaria concomitante.^{14,15} En la serie, el soplo carotídeo se detectó a la auscultación de los vasos sanguíneos del cuello en una parte de los integrantes, con predominio de la placa ateromatosa fibrosa en 45,7 % de ellos, seguida del engrosamiento de la íntima, hallada mediante la ecografía Doppler.

En personas con estenosis carotídea asintomática (entre 55-99 %), el riesgo anual de ictus es de 1 a 3,4 %.¹⁶ En la población estudiada de la casuística, la presencia de estenosis carotídea difiere poco de lo expresado por otros autores, pues predominó la estenosis menor de 50 % y las oclusiones mayores de 50 %.

Resulta necesario valorar las opciones terapéuticas, en función del riesgo quirúrgico, en aquellas personas con estenosis carotídea de alto grado, así como las condiciones del centro de atención y las preferencias del paciente; también debe proponerse la realización de endarterectomía carotídea para prevenir un primer ictus en pacientes con estenosis carotídea de mayor grado (más de 60 % de la luz del vaso), siempre que la morbilidad y mortalidad por cirugía del equipo médico sea menor de 3 %. La angioplastia con colocación de endoprótesis vascular y dispositivo de protección para émbolos, es una alternativa de la endarterectomía en pacientes con alto riesgo quirúrgico.^{17,18}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buergo Zuaznabar MA, Fernández Concepción O, Pérez Nellar J, Pando Cabrera A, Lara Fernández G, Lara Rodríguez R, *et al.* Guías de práctica clínica. Enfermedad cerebrovascular. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2009.
2. Rosales-Bravo LG. Isquemia cerebral transitoria y riesgo de infarto cerebral isquémico. *Acta Méd Costarric* 2006; 48(1). <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022006000100002&script=sci_arttext&lng=es> [consulta: 5 mayo 2010].
3. Johnston SC, Sydney S, Bernstein AL, Gress DR. A comparison of risk factors for recurrent TIA and stroke in patients diagnosed with TIA. *Neurology* 2003; 60(2):280-5.
4. Hankey GJ, Warlow CP. Treatment and secondary prevention of stroke: evidence, costs, and effects on individuals and populations. *Lancet* 1999; 354:1457-63.
5. Parrochia Beguin E. Ataque isquémico transitorio. *Bol Hosp San Juan de Dios* 1995; 42(4):211.
6. Rey A, Martí-Vilalta JL. Latencia de ingreso hospitalario en patología vascular cerebral, factores determinantes. *Rev Neurol* 1996; 24(126):431-4.

7. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA* 1991; 265:3255-64.
8. Sacco RL, Adams R, Albers G, Albers MJ, Benavente O, Furie K, *et al.* Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack. *Stroke* 2006; 37:577-617.
9. Mart J, Hobbs FD, Fletcher K, Roalfe A, Fitzmaurice D, Lip GY, *et al.* Warfarin versus aspirin for stroke prevention in an elderly population with atrial fibrillation (the Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged Study, BAFTA): a randomized controlled trial. *Lancet* 2007; 370(9586):493-503.
10. Arauz A, Cantú C, Ruiz-Sandoval JL, Villarreal-Careaga J, Barinagarrementeria F, Murillo-Bonilla L. Pronóstico a corto plazo de la isquemia cerebral transitoria. Registro Multicentrico de enfermedad vascular cerebral en México. *Rev Invest Clin* 2006; 58(6): 530-9.
<http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revista_investigacion_clinica/1%20pronostico.pdf> [consulta: 10 septiembre 2010].
11. Lewington S, Clarke R. Combined effects of systolic blood pressure and total cholesterol on cardiovascular disease risk. *Circulation* 2005; 112:3373-4.
<<http://circ.ahajournals.org/content/112/22/3373.full.pdf+html>> [consulta: 10 septiembre 2010].
12. The Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) Investigators. High-dose Atorvastatin after Stroke or Transient Ischemic Attack. *N Engl J Med* 2006; 355:549-59.
<<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa061894#t=article>> [consulta: 10 septiembre 2010].
13. Kurth T, Everett BM, Buring JM, Kase CS, Ridker PM, Gaziano JM. Lipids levels and the risk of ischemic stroke in woman. *Neurology* 2007; 68(8):556-62.
14. Cantú Britos C, Ruíz Sandoval JL, Araúz Góngora A, Villareal Careaga J, Barinagarrementeria Aldatz F, Murillo Bonilla LM, *et al.* Prevalencia de estenosis carotídea en pacientes con isquemia cerebral transitoria en México. *Rev Mex Neuroci* 2010; 11(5):343-8.
15. Serena-Leal J. Ultrasonografía de la evaluación de la placa aterosclerótica. *Rev Neurol* 1999; 29(9):851-6.
16. Ederle J, Brown MM. The evidence for medicine versus surgery for carotid stenosis. *Eur J Radiol* 2006; 60(1):3-7.
17. Carrascosa P, Meli F, Sampere T, Capuñay C, Sánchez F, Carrascosa J. Variabilidad interobservador en la cuantificación de estenosis carotídea por angiotomografía. *Rev Argent Radiol* 2001; 65(2):91-5.
18. Castro Reyes E, González García A. Tratamiento endovascular de la enfermedad carotídea. Situación actual, aspectos técnicos y capacitación profesional. *Rev Neurol* 2005; 41(12):749-56.

MEDISAN 2011; 15(11):1539

<http://www.neurointervencionismo.es/mppal_seccion_4/eltomenu_guias_y_protocolos/docs/CarotidasGENI.pdf> [consulta: 10 septiembre 2010].

Recibido: 8 de septiembre de 2011

Aprobado: 23 de septiembre de 2011

Dra. María del Carmen Ricardo Cobas. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida de los Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba.
Dirección electrónica: andramricardo@medired.scu.sld.cu