INFARTO LACUNAR

DEFINICION

Infarto Isquémico de menos de 15 mm, ubicado en la zona de una arteria perforante cerebral que habitualmente ocasiona un síndrome clínico lacunar. Generalmente causado por una placa de ateroma en el origen o tercio proximal del vaso perforante.

GENERALIDADES

- La incidencia global de ictus en España no se conoce con precisión, y se estima que puede oscilar entre 120-350 casos por 100.000 habitantes/año.

- Los infartos Lacunares representan el 20% de los ICTUS Isquémicos.

GENERALIDADES

Causas y Factores de Riesgo

- Edad avanzada
- HTA
- DM II
- Tabaquismo
- Dislipemia
- Cardiopatía Isquémica o AIT previos
- Otras: Hematocrito elevado, claudicación intermitente

Clasificacion de ICTUS

ICTUS

ISQUEMICO

- Aterotrombotico
- Cardioembolico
- De pequeño vaso o Lacunar
- De etiología inhabitual
- De etiología indeterminada

HEMORRAGICO

- HSA
- Hemorragia intraparenquimatosa

INFARTO LACUNAR

CLINICA

- Preservación del nivel de conciencia.
- Ausencia de convulsiones.
- Ausencia de alteraciones oculomotoras.
- No frecuentes las alteraciones neuropsicológicas (afasia, apraxia, agnosia, amnesia, negligencias)

CLINICA

Sd. Motor puro

El mas frecuente.

Hemiparesia o hemiplejia facio-braquio-crural completa o incompleta.

Acompañado o no de disartria.

Lesión en brazo posterior de la capsula interna, base de la protuberancia.

Síndrome sensitivo puro

- Hipoestesia o parestesias de la cara, brazo y tronco contralaterales.
- Afectación de la sensibilidad superficial y/o profunda.
- Lesion en el nucleo ventro-posterolateral del talamo.

Síndrome sensitivo motriz

- El menos especifico, es una Combinación del motor puro y sensitivo puro.
- Presencia de un síndrome piramidal completo o incompleto, proporcionado o no, asociado a un déficit sensitivo global o parcial del mismo hemicuerpo.
- Lesión en el brazo posterior de la capsula interna

Sd. Disartria-mano torpe

Disartria, paresia facial central, lentitud y torpeza de la mano ipsilateral, hiperreflexia y Babinsky homolateral.

No hay afectación sensitiva.

Lesión en Rodilla y Brazo anterior de la Capsula interna.

Sd. Hemiparesia atáxica

- Paresia de predominio crural asociada a ataxia homolateral.
- Lesión en brazo posterior de la capsula interna y protuberancia con lesión de la vía corticopontocerebelosa..

Sd. Pseudobulbar

Disartria, disfagia, risa o llanto espasmódico, marcha a pequeños pasos y micción imperiosa.

Múltiples infartos en ambos hemisferios.

Diagnostico

No hay datos clínicos fiables para diferenciar un Ictus isquémico de un hemorrágico.

Orientan al Ictus isquemico:

-Síntomas nocturnos,al levantarse por la mañana o en la primera micción.

-Progresión en horas,

-Antecedentes de AIT, cardiopatía isquémica, claudicación intermitente, Valvulopatía conocida.

Clinicamente debe sospecharse origen cardioembólico:

-Inicio brusco con máximo déficit al principio

-Ausencia de AIT previos

-paciente joven

-evidencia embolica sistémica

-coincidencia de síntomas cardiacos (palpitaciones,dolor precordial)

-conocimiento de cardiopatía embologica valvular o no.

Orientan al Ictus Hemorrágico:

- Cefalea brusca e intensa.
- Deterioro del estado de conciencia mantenido o progresivo.
- Vómitos sin vértigo. Rigidez de nuca.
- Antecedentes de HTA grave, alcoholismo, Tratamiento anticoagulante.
- Cuadro desencadenado por maniobras de valsalva.

DIAGNOSTICO

- Historia clínica.
- Constantes vitales. Pulsos distales
- EF: Soplos cardiacos , carotideos y supraclaviculares. Examen neurológico (incluido fondo de ojo).
- Escala NIHSS, Glasgow.

Pruebas complementarias:

Analítica: Hemograma con VSG, Bioquímica básica (CT, enz. Hepáticas, electrolitos), AST, alanina aminotransferasa,Marcadores de daño miocárdico, coagulación, tóxicos en orina, test de embarazo.

Rx Torax, ECG

TAC: Prueba mas importante (topografía y numero de lesiones, arterias calcificadas o hiperdensas, coexistencia de lesiones silentes o presencia de sangre en el area isquemica), permite diferencia ictus isquémico y hemorrágico.

Otras pruebas: RM (infarto lacunar y trombosis venosa), Ecocardiograma, ecodoppler carotideo, angiografia. Otras

TRATAMIENTO

Código Ictus?

MEDIDAS GENERALES:

-Monitorización constantes vitales

-Asegurar la permeabilidad de la Vía aérea y función ventilatoria.

-O2 si SO2 menor 95% gafas nasales 2-4 LPM.

-Si Glasgow 8 o menos, vomitos o riesgo de aspiracion Intubación oro traqueal.

-Canalizar vía. Suero fisiológico (primeras 24 horas 1500-2000 ml) 75-100ml/h.

-Control de diuresis, si el paciente no controla diuresis colocar un colector o un empapador, (evitar sondaje vesical salvo por ausencia de micción espontanea en las primeras horas).

-Cabecera de la cama a 30 grados.

-Dieta absoluta en las primeras 24 hrs. Gastro protección: Ranitidina 50 mg/8-12 horas iv

-Retirar prótesis dentales.

-Evitar hipertermia, si mas de 37.7C, paracetamol 1g IV

-Test de glucemia capilar, en diabéticos mantener la glucemia a 155mg/dl.

-Si Síntomas de Hipertension intracraneal: Diurético osmótico (Manitol 1g/kg/IV equivalente a 350 ml de manitol al 20% en 20 minutos, se puede repetir en 6 horas). Otra posibilidad hiperventilacion mecanica manteniendo el PCO2 de 28-35 mHg

TRATAMIENTO

- Control de Tensión arterial: Administrar antihipertensivo IV si PAS > 220 o PAD>120 en ACV Isquémico.
- Si es subsidiario de fibrinólisis mantener TA <185/110.
- Labetalol 10-20 mg IV en 2 minutos, puede repetirse o doblar la dosis c/20 minutos hasta un máximo de 300 mg. O después de bolo inicial perfusión a 0.5-2mg/min previo a fibrinolisis y /o 2-8mg/min durante y después de la fibrinolisis.

TRATAMIENTO ESPECIFICO

Trombolisis vrs Terapia de reperfusion multimodal

Criterios de Inclusión

Ictus isquémico con déficit neurológico objetivo.

Mayor de 18 años.

Evolución 1-4.5 horas.

Ausencia de datos de hemorragia en el TAC.

NIHSS <25 puntos.

Criterios de Exclusión

- Tiempo de inicio de sintomatología desconocido Evolución desconocida o > 4.5 horas.
- Hemorragia cerebral en el TAC.
- Malformación AV o Aneurisma intracraneal.
- Hemorragia intracraneal previa.
- Diatesis hemorragica: Plaquetas < 100,000. Heparina en las ultimas 48 h con TTPA aumentado,
- Anticoagulación oral con INR >1.7 o TP >15s.
- PAS > 185 o PAD > 110 mmHg a pesar del Tx.
- Antecedentes quirúrgicos intracraneales, TCE grave, ACV en los últimos 3 meses.
- Cirugía mayor en los últimos 14 días.
- Deficit neurológico leve o con rápida mejoría. (Ictus minor, AIT)

.

Criterios de Exclusión

-Hemorragia gastrointestinal o genitourinaria en las ultimas tres semanas

-Punción arterial en un sitio no compresible en los ultimos 7 dias

-HTA severa no controlada

- Glucemia <50mg/dl.
- Embarazo
- Convulsión al inicio del Ictus.
- Dependencia, enfermedad terminal o demencia

- Fármacos RT-Pa 0.9mg/Kg (máxima 90mg) 10% de dosis en bolo IV en 1 minuto el resto en 1 hora para recanalización del vaso obstruido mediante la lisis del trombo.

- No antiagregantes ni anticoagulantes durante las 24hrs posteriores al inicio de la fibrinolisis
- Mantener la TA PAS menos de 180 y PAD en menos de 105
- No SNG ni ureteral en las primeras 12hrs
- Si el paciente presenta cefalea, HTA brusca,nauseas o vomitos o deterioro cognitivo, detener infusión y solicitar TAC
- Repetir exploración neurológica durante y en las horas siguientes.
- Si transformación hemorrágica: detener infusión, extracción de sangre para estudio de coagulación con fibrinógeno, administrar 6-8 unidades de crioprecipitado(plasma leucodepleccionado)y solicitar ayuda a hematología.

Anti agregación

- Pacientes no candidatos a fibrinolisis en las 1ras 24 horas.
- AAS 300mg/24h vo. Si contraindicación entonces Clopidogrel 75mg/24h vo.
- Indicada en Infarto Lacunar, AIT.
- Contraindicada en pacientes con transformación hemorrágica, indicación de anticoagulación y en 1ras 24 hras tras Fibrinolisis.

Anticoagulación

-Ictus cardioembolico (AIT, ACVA) .

-AIT que se repite a pesar de Tto antiagregante.

-AIT aterotrombotico 2rio a estenosis carotidea > al 70%.

-Disección carotidea o vertebrobasilar.

-Estados de hipercoagulabilidad.

-Trombosis venosa central.

- Anticoagulación

Heparina Sódica: Dosis inicial 5000 UI bolo IV, luego perfusión 35 000 UI en 500 CC de Suero salino pasar a 21ml/h.

-TTPa a las 6 horas. Meta 1.5-2.5 veces lo normal mas prolongado.

-Mantener heparina 7 días, iniciar Sintrom al 4º día.

GRACIAS