



# Radiología



## 0 - SESIÓN TRANSVERSAL. CT, CTA, CTP, DW, TOF, DSA... ¿Cuál usar en el ictus agudo?

*I. Pecharromán de las Heras y A. Vicente Bártulos*

*Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.*

### Resumen

**Objetivo docente:** Los objetivos de esta revisión son: 1) Analizar la utilidad real de las técnicas de neuroimagen en urgencias para el manejo diagnóstico y terapéutico del paciente con ictus a la luz de las evidencias disponibles. 2) Plantear cuál debe ser el protocolo de diagnóstico por imagen en urgencias. 3) Discutir las dificultades que se pueden encontrar para implementar estas técnicas en la práctica cotidiana.

**Discusión:** Ante un paciente con ictus, existen tres exigencias: diagnóstico, planificación terapéutica adecuada y rapidez en la intervención global. En este contexto, los avances en neuroimagen y en terapias de reperfusión van paralelos. En centros de atención de ictus, la evidencia disponible exige la realización de: TC craneal basal. Descarta sangrado, previo al tratamiento fibrinolítico. Tanto TC como RM tienen sensibilidad y especificidad superiores al 90%. AngioTC de TSA-PW. De elección en un hospital que ofrezca tratamiento intraarterial. Determina el nivel de oclusión arterial y grado de circulación colateral, aumentando el VPP y VPN para detectar ictus. Es recomendable realizarla inmediatamente tras TC basal (cuando se descarta hemorragia y existe sospecha clínica de oclusión de gran vaso), para reducir la demora en los tiempos de actuación. La TC-perfusión puede usarse en la selección de pacientes para tratamiento endovascular cuando hay dudas por criterios de tiempo (ictus del despertar) o dudas diagnósticas (encefalitis, migraña), si identifica patrón de penumbra favorable. No hay evidencia suficiente que sustente éste ni ningún otro parámetro de imagen como criterio de exclusión (salvo la demostración de un infarto establecido en TC-simple). Su principal inconveniente es la variabilidad en la metodología del procesamiento de las imágenes y la interpretación posterior. La RM (DWi, TOF) no es superior a la TC, y aumenta las demoras del tratamiento, por lo que no se recomienda, salvo en infartos de territorio posterior y sólo cuando hay dudas terapéuticas. La angiografía (DSA) está reservada para tratamiento intraarterial (fibrinolítico o mecánico).

### Referencias bibliográficas

Campbell BCV, Mitchell PJ, Kleinig TJ, et al. Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection. *N Eng J Med.* 2015;372:1009-18.

Kidwell CS, Wintermark M, De Silva DA, Schaewe TJ, Jahan R, Starkman S, et al. Multiparametric MRI and CT models of infarct core and favorable penumbral imaging patterns in acute ischemic stroke. *Stroke.* 2013;44:73-9.

Yoo AJ, Zaidat OO, Chaudhry ZA, et al. Impact of pretreatment noncontrast CT Alberta Stroke Program Early CT Score on clinical outcome after intra-arterial stroke therapy. *Stroke*. 2014;45:746-51.