Hallazgos imagenológicos en pacientes con diagnóstico de cefalea.

Autores: Cotes C. Maira; Cassiane Hermes; Valenzuela Marcela; Zungri Paula.

DIM Centro de Diagnóstico, Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina.

Congreso FAARDIT - Agosto 2015

Introducción

- La cefalea es uno de los síntomas más frecuentes, con una prevalencia mundial del 46%.

- Configura una condición benigna, pero pude representar una patología compleja.

- Las neuroimágenes, tomografía computada (TC) y resonancia magnética (RM) representan un apoyo para el clínico/neurólogo permitiendo descartar patologías asociadas.

Objetivos

- Determinar el porcentaje de estudios de tomografía y

  RM de cerebro que son indicados por cefalea.

- Realizar una revisión sobre los hallazgos imagenológicos en

  TC-RM de cerebro en pacientes ambulatorios con

  diagnóstico clínico de cefalea y evaluar la utilidad de

  las neuroimágenes en su estudio.

Materiales y Métodos

- Estudio retrospectivo. Entre julio del 2014 a febrero del 2015.
- Criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos entre 10-80 años de edad con diagnóstico de cefalea.
- Criterios de exclusión: antecedentes neuroquirúrgicos, convulsivos y traumatismo craneoencefálico.
- Tomógrafo multislice (Philips TC Brillance 16 canales).
- Resonadores 1.5 T (Philips Intera e Ingenia).

Resultados

- De 1232 estudios de tomografías computadas y 992 resonancias magnéticas de cerebro, 338 (27%) y 234 (20%) respectivamente fueron indicados por cefalea.

- Distribución de estudios por sexo en pacientes con cefalea:
  - TC: mujeres 71% (n=240), hombres 29% (n=98).
  - RM: mujeres 72% (n=168) hombres 28% (n=66).

- El rango etario de mayor prevalencia fue entre los 25 a 45 años de edad tanto en ambos sexos, como en ambos métodos de neuroimágen.

Resultados

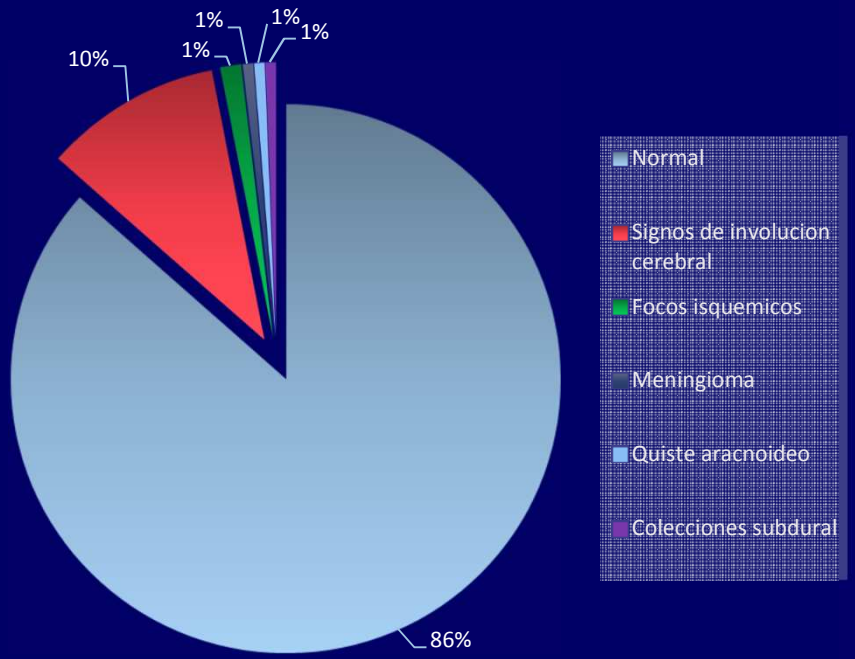
- En un alto porcentaje de los estudios analizados mediante TC y RM no se encontraron anormalidades (grafico 1-2).

- Una baja proporción de los hallazgos obtenidos fueron vinculables como causa de cefalea.

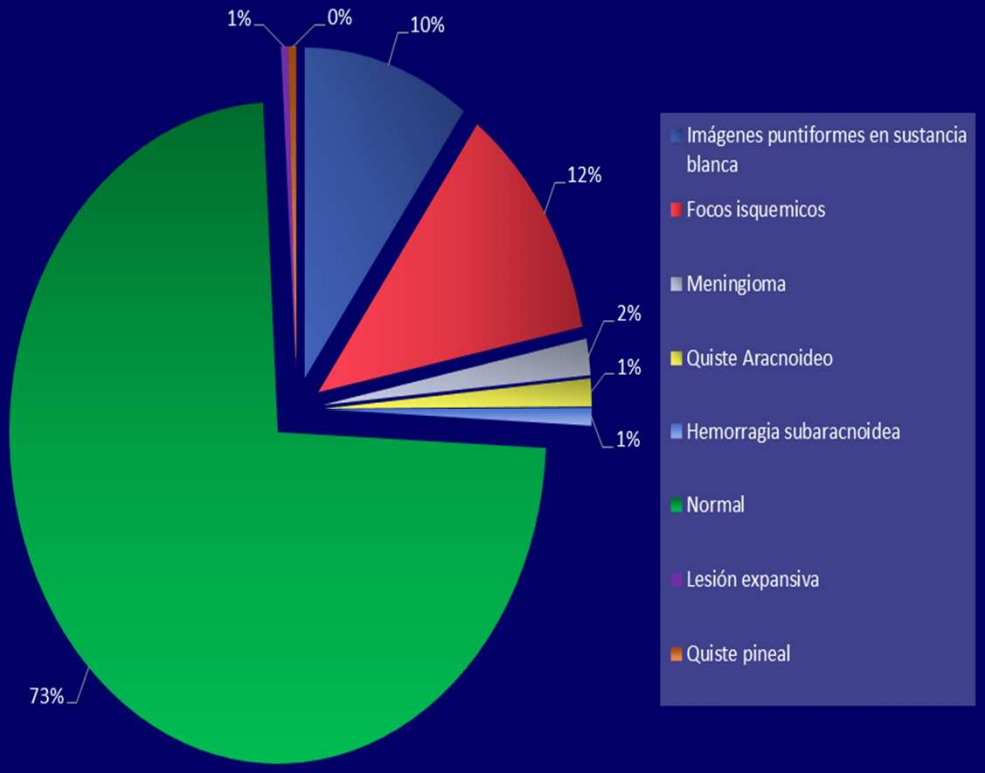
- Los hallazgos de mayor relevancia se obtuvieron a través de la RM: la hemorragia subaracnoidea y la lesión expansiva primaria, representaron menos del 1%.

- En los estudios de TC analizados no se obtuvieron hallazgos de interés clínico.

Resultados



Grafica 1. Hallazgos en TC de cráneo.



Grafica 2. Hallazgos en RM de cerebro.

Resultados

Figura 1. Femenina 38 años. TC cráneo corte axial. Calcificación de la glándula pineal (flecha).

Hallazgos incidentales

Figura 2. Masculino 77 años. TC cráneo corte axial. Megacisterna Magna (flecha).

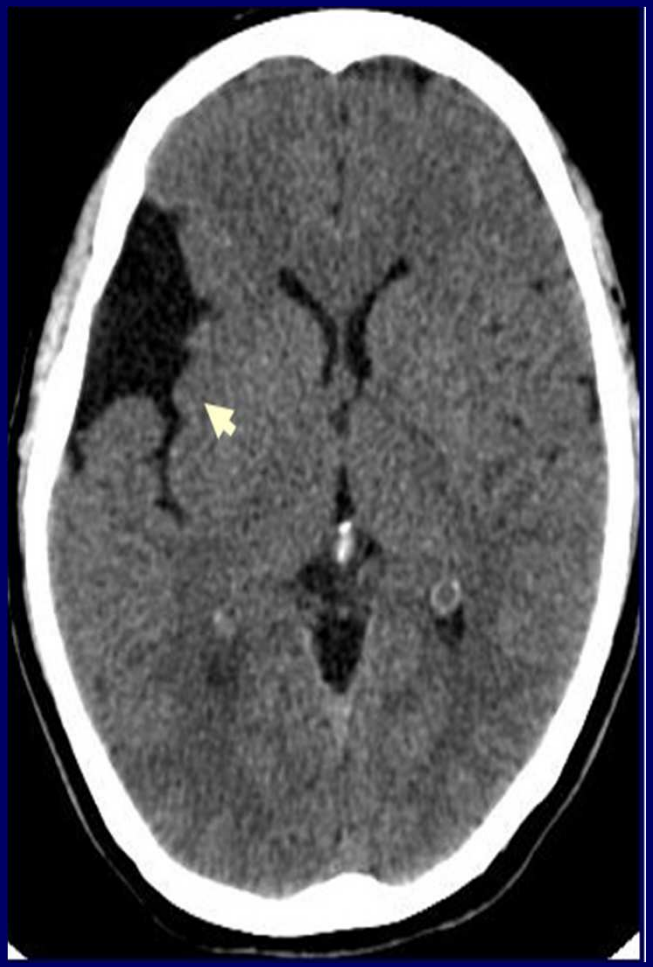


Figura 3. Masculino 37 años. TC cráneo corte axial. Quiste aracnoideo temporal derecho (flecha).

Figura 4. Femenina 56 años. TC cráneo corte axial. Quiste aracnoideo temporal derecho (punta de flecha).

Son causales de cefalea cuando generan efecto de masa.

Figura 5. Masculino 42 años. TC cráneo corte axial. Se observa imagen compatible con colección subdural crónica, que genera desplazamiento de estructuras adyacentes (flecha).

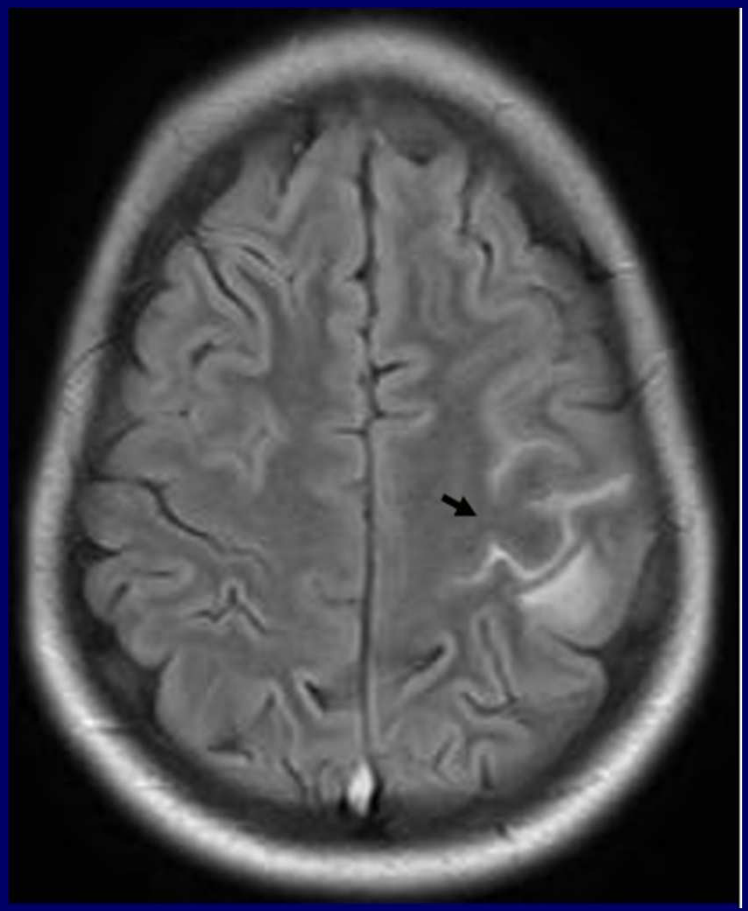


Figura 6 . Paciente femenina 27 años con antecedente de uso de anticonceptivos orales. RM de encéfalo plano axial en secuencia FLAIR. Se observa a nivel frontal izquierdo imagen hiperintensa lineal que se proyecta a espacios subaracnoideo (flecha) compatible con hemorragia subaracnoidea, asociado a edema cortical adyacente.

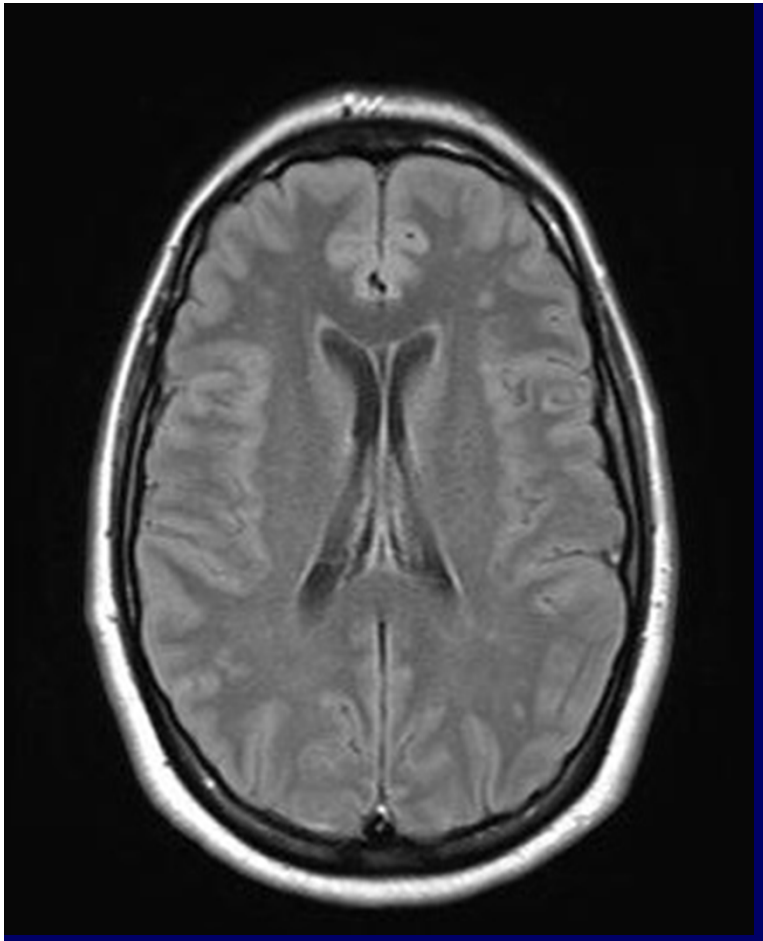


Figura 7. Femenina 26 años. RM de encéfalo plano axial en secuencia FLAIR. Múltiples imágenes puntiformes hiperintensas a nivel subcortical fronto-parietal de aspecto inespecífico.

Figura 8. Masculino 40 años .RM de encéfalo plano axial en ponderación T2. Quiste aracnoideo en lóbulo temporal derecho (flecha).

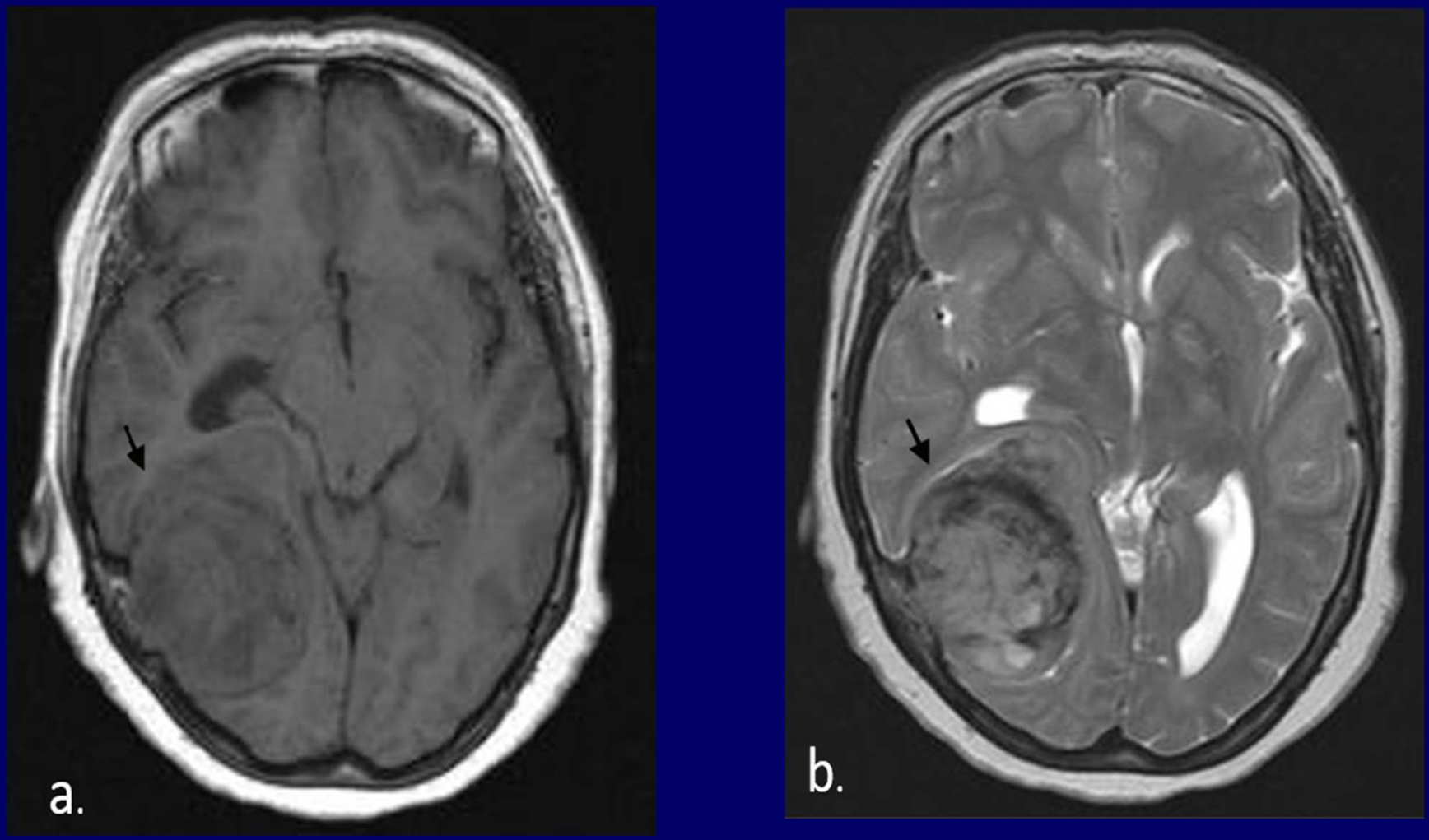


Figura 9 . Femenina 60 años de edad. RM de encéfalo plano axial en ponderación T1 (a) y T2 (b). Lesión expansiva extra axial a nivel occipito-temporal derecho con moderado efecto de masa, imagen compatible con Meningioma. (flecha).

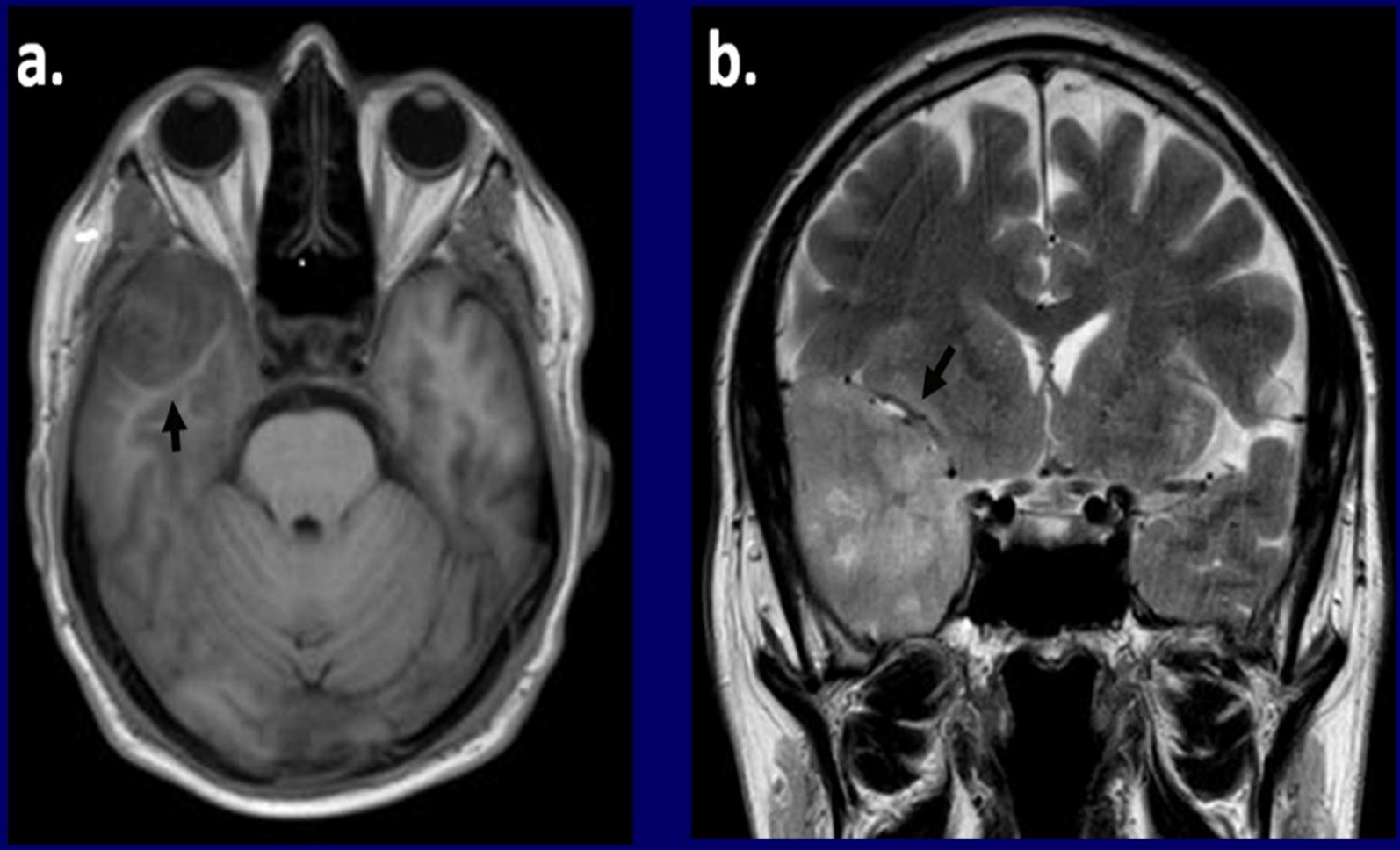


Figura 10 . Masculino de 55 años. RM de encéfalo, secuencia en el plano axial T1 (a) y coronal T2 (b). Se observa Lesión expansiva a nivel temporal derecho cortico-subcortical compatible con lesión primaria (flecha).

Conclusiones

- En nuestra casuística, el estudio mediante TC y RM de cerebro en pacientes ambulatorios con diagnostico de cefalea representaron un 27 y 20% respectivamente del total de los estudios realizados para cada método de neuroimagen.

- Si bien un bajo porcentaje (<5%) de las neuroimágenes analizados presentaron hallazgos patológicos vinculables como causa de cefalea; cada una en su margen de utilidad, demostraron ser necesarias para descartar o confirmar la presencia de lesión estructural, lo cual representa un

Bibliografía

- Parizel P, Voormolen M, Van Goethem J, Van den Hauwe L. Headache:when is neuroimaging needed?. 2007; 90: 268-271.

- Belvís R, Mas M,Roig C. Novedades en la reciente Clasificación Internacional de las Cefaleas: clasificación ICHD-III beta Revista Neurol 2015. 60:2:81-89.

- Tsushima Y, Endo K. MR Imaging in the Evaluation of Chronic or Recurrent Headache. Radiology. 2005;235:575-9.

- Stovner L, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A. et al . The Global Burden of Headache: A Documentation of Headache Prevalence and Disability Worldwide. Cephalalgia. 2007;27: 193-210.