

52° Congreso Argentino de Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante.

Este congreso contó con la participación de varios invitados extranjeros de reconocida trayectoria; entre ellos debe destacarse la asistencia del Prof. Jean Pierre Pruvo, jefe de Neurorradiología del Hospital Roger Salengro en Lille-Francia. Quien suscribe tuvo el honor de compartir con él parte de la formación de postgrado tanto en el área de la neurorradiología diagnóstica como terapéutica. Corría el año 1986 y ante nuestros sorprendidos ojos pasaban las primeras imágenes de RM cerebral... el T2 dual requería casi 18 minutos de adquisición... El material para tratamiento endovascular era rudimentario, becarios y residentes montábamos manualmente los balones y armábamos las cámaras para la propulsión de los microcatéteres... El ojo y la mano de nuestros geniales maestros los profesores Clarisse, Deramond y Merland guiaron los primeros pasos. Entre Amiens, Paris y Lille las horas compartidas dejaron frutos: una formación sólida y lo más importante, nuestra amistad. El Prof. Pruvo tuvo a su cargo el dictado de tres conferencias cuyos aspectos más salientes se comentan a continuación. Aplicaciones de la difusión en patología neurológica e imágenes en ACV. La posibilidad de revertir un déficit neurológico secundario a obstrucción vascular depende del diagnóstico y tratamiento precoces; ambos deben tener lugar durante el período denominado de "ventana terapéutica". Desde el punto de vista diagnóstico la RM cerebral con difusión, perfusión y angiografía representa una herramienta imprescindible. El Prof. Pruvo coordina 14 unidades neurovasculares públicas que funcionan como centros de emergentología. Están distribuidas en la región Nord-Pas de Calais situada al norte de París y que cuenta con 4.000.000 de habitantes. Cada una de ellas dispone de un Tomógrafo Computado y de un Resonador con guardia activa de médicos radiólogos quienes guían la ejecución del algoritmo diagnóstico mejor adaptado a cada paciente. Todo centro asistencial en cuya área de emergencias ingresen 40.000 o más pacientes al año justifica el funcionamiento de este tipo de unidades. El diagnóstico precoz disminuye los costos en salud pues permite mejorar el pronóstico vital y funcional del accidente cerebrovascular. Si la trombolisis se realiza por vía venosa, la misma deberá tener lugar durante las primeras 3 horas de instalado el déficit neurológico. La ventana terapéutica se extiende a 6 horas cuando el procedimiento se realiza vía arterial, particularmente se prioriza la elección de esta vía en casos de oclusión del tronco basilar o silviana proximal. En las isquemias cerebrales con extensa penumbra es donde los resultados son más alentadores. Sólo la RM en base a la difusión y perfusión permite disponer de la información necesaria para indicar el tratamiento. La disertación fue ampliamente ilustrada con casos que demostraron el valor diagnóstico de la RM en todas las variantes de accidente cerebrovascular, e incluso en otras patologías que pueden simular un origen vascular del cuadro neurológico. La presencia del médico radiólogo durante la adquisición de las imágenes permite adaptar el protocolo de estudio a cada caso en particular. Independientemente del equipamiento, el factor humano es crítico. En síntesis la presentación del Prof. Pruvo fue un ejemplo del uso racional de la tecnología médica con el objetivo de mejorar la salud pública.

Imágenes en Neurooncología Los ejemplos clínicos que ilustraron la presentación permitieron destacar el interés de la espectroscopía y de la secuencia de perfusión para el diagnóstico diferencial por RM de masas ocupantes cerebrales. Actualmente y en un gran número de casos la RM permite diferenciar entre lesiones gliales de alto y bajo grado, linfomas, metástasis y abscesos, dado que las mismas poseen algunos rasgos que las caracterizan. El menor o mayor nivel de colina en la espectroscopía permite separar a las lesiones gliales de bajo y alto grado respectivamente, en las primeras y en la secuencia de perfusión, el volumen sanguíneo cerebral regional (VSCr) aparece normal o disminuido; al igual que en los linfomas y abscesos cerebrales. Producto de la presencia de vasos de neoformación el VSCr está aumentado en los tumores gliales de alto grado y en casos de recidiva; no así en la radionecrosis. La espectroscopía permite detectar alanina en el absceso cerebral, y lípidos en linfomas y metástasis. Finalmente, en ciertos casos, para diferenciar una metástasis de un tumor cerebral primario es fundamental estudiar con espectroscopía el área peritumoral. El perfil metabólico obtenido es normal en el primer caso y anormal en el segundo. Además en el estudio de perfusión de dicha área el VSCr suele estar aumentado en el glioma y disminuido alrededor de la metástasis.

Patología Neuroinflamatoria Respecto del rol de la RM cerebral

en la esclerosis en placas el Prof. Pruvo destacó la sensibilidad diagnóstica de la secuencia sagital FLAIR que permite detectar pequeñas lesiones de aspecto "arrosariado", proyectadas sobre el cuerpo caloso. Por otra parte y en caso de indicar gadolinio, las imágenes T1 no deben adquirirse antes de los primeros 5 minutos de finalizada la inyección, dado que el potencial refuerzo de lesiones desmielinizantes no es inmediato. A los fines puramente asistenciales, la secuencia de transferencia de magnetización ha caído en desuso, por el contrario, sigue vigente en el área de investigación. Finalmente debe siempre tomarse en consideración que ciertas lesiones desmielinizantes pueden alcanzar gran tamaño, adoptando un aspecto seudotumoral; los casos mostrados fueron muy ilustrativos. El neurolupus puede presentarse con lesiones cerebrales simuladoras de esclerosis en placas, no obstante, de asociarse compromiso medular éste es extenso configurando una mielitis longitudinal al afectar varias metámeras. Respecto de su experiencia personal en la encefalomielitis aguda diseminada (ADEM) la exposición confirmó hallazgos de series publicadas: buen pronóstico en la mayor parte de casos pese al importante número de lesiones iniciales y su marcado refuerzo con el gadolinio. En el neuroBehcet la lesión es típicamente mesencefalodiencefalica, extensa y sin efecto de masa; en raras circunstancias su aparición precede a las manifestaciones cutáneas de la enfermedad. Ante la sospecha de sarcoidosis es imprescindible la inyección de gadolinio dado que predomina el refuerzo leptomeningeo difuso pudiendo asociarse granulomas en ésta topografía y realce anormal del tallo pituitario que suele aparecer engrosado.