



## EV-69. - ¿DEBEMOS MANEJAR LA AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA COMO EL ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO?

M. Vares González, R. Vázquez Vigo, V. González Vigo, C. Barbagelata López, A. Arévalo Gómez, D. Llinares García, A. Rodríguez González, S. Freire Castro

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario A Coruña. A Coruña.

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características clínicas, los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), la actitud diagnóstica terapéutica y la evolución de los pacientes (p) ingresados por amnesia global transitoria (AGT), comparándolos con un grupo de p con accidente isquémico transitorio (AIT).

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de los p ingresados en un hospital de tercer nivel por AGT entre 2006-2013 y que cumplían los criterios de Caplan. Se realizó un estudio comparativo con un grupo de p que habían ingresado por AIT en el 2009. Se aplicó un análisis descriptivo con el paquete estadístico SPSS versión 19.0. Las diferencias intergrupo se realizaron mediante el test de la  $\chi^2$  y el test exacto de Fisher para las variables categóricas y mediante la prueba t de Student para las continuas.

**Resultados:** Se analizaron 108 p con AGT (se excluyó a 10 por no cumplir los criterios) y 50 p con AIT. En la serie de la AGT la edad media (DE) fue de 65 (8,91) años; 52%, mujeres. Se identificó un factor precipitante en el 24,5%, siendo el estrés psíquico/físico (50%/45,8%) el más relevante. El síntoma más frecuente fue el lenguaje repetitivo (63%). Un 4,1% tenían migraña y un 9,2% síndrome ansioso-depresivo. Presentaron HTA (53,1%), DL (55,1%), cardiopatía isquémica (9,2%), DM (7,1%), tabaquismo activo (7,1%) y fibrilación auricular (5,4%). Se describieron episodios previos de AGT en el 9,2% y de AITs en el 6,2%. La TA en urgencias fue  $\geq 140/90$  en el 30,6%; el 27,1% presentó colesterol total  $\geq 220$  mg/dL. Se realizó TC craneal al 100% de los p, que descartó patología aguda; RM al 40,6%, con alteraciones agudas sólo en un p; Doppler TSA al 80,6%, mostrando aterosclerosis en el 44,4%, EEG al 75%, con actividad irritativa temporal en el 50%, lo que no tradujo el desarrollo posterior de epilepsia; Ecocardio al 25,8% (normal el 73,1%). Se inició antiagregación con AAS en el 67%, estatinas en el 24,7% y antihipertensivos en el 13%. En el seguimiento a 5 años, 1 p desarrolló epilepsia, 2 AITs y 2 nuevos episodios de AGT. El 53,1% se derivaron a consultas, siendo la mediana de seguimiento de 0 días. 2/3 de los p ingresaron en Medicina Interna (MI), 1/3 en Neurología (NRL). La estancia media (DE) fue de 6,04 (4,88) días en MI y de 7,5 (4,89) en NRL ( $p = 0,003$ ). En el grupo de AITs la edad media (DE) fue de 63,12 (10,01) años con una distribución equitativa por sexos. En cuanto a los FRCV: HTA (50%), DL (44%), DM (26%), tabaquismo (32%), cardiopatía isquémica (10%), arteriopatía periférica (4%), ACV/AIT previo (10%) y fibrilación auricular (6%). A los 5 años un 16% presentó nuevo evento cerebrovascular. Se inició antiagregación en el 81,6% (AAS en el 86,7%), estatinas en el 40% y antihipertensivos en el 14%.

*Discusión:* Los resultados de este trabajo confirman que la AGT es de carácter benigno. A diferencia de los resultados obtenidos en estudios previos, exceptuando a la DM, no se objetivaron diferencias significativas con el resto de los FRCV. Sin embargo, la evolución fue peor en el grupo de los AITs, desarrollando ACV en el 4,1% (ningún episodio en las AGT). La ecografía carotídea mostró el mismo grado de aterosclerosis en ambos grupos, si bien las estenosis significativas fueron objetivadas en el grupo de los AIT. Sólo se derivaron a consultas el 32% de los p con AIT, frente al 53,1% de las AGT ( $p = 0,015$ ). La mayoría (75%) de las AGT fueron derivadas a consultas de NRL, mientras que los AITs fueron a Medicina Interna (62,5%). La mortalidad global fue del 18% en el grupo de los AITs respecto al 3,1% de las AGT.

*Conclusiones:* 1). La AGT es una patología benigna. 2) Exceptuando la TC craneal, en la AGT el resto de estudios deben ser dirigidos. 3) Se inició antiagregación no indicada en 2/3 de los p con AGT. 4) El manejo ambulatorio de los p con AGT parece seguro. 5). La DM es el único FRCV asociado de forma significativa con el desarrollo de AIT frente a la AGT. 6) El riesgo de desarrollar enfermedad cerebrovascular es mayor en los p con AIT.