

8.- CONCLUSIONES

1. En los sujetos sanos el patrón de circulación del LCR es similar, iniciándose los cambios de dirección del LCR tanto en la sístole como en la diástole a nivel del acueducto y finalizándose en las cisternas basales. El volumen de flujo obtenido a nivel del acueducto en los sujetos sanos está alrededor de los 50mm^3 aunque incrementa con la edad.
2. En los pacientes con sospecha de estenosis de acueducto se observa una ausencia de flujo en el mismo. En estos pacientes se aprecia un jet de flujo turbulento en dirección anterior hacia el suelo del tercer ventrículo. El estudio cuantitativo no aporta información importante en el diagnóstico o manejo de estos pacientes.
3. En los pacientes con malformación de Arnold Chiari tipo I existe una dificultad de paso del LCR a nivel del foramen magno como causa de la obstrucción del LCR. En estos pacientes se observa un descenso de las amígdalas cerebelosas con relación al ciclo cardíaco. El estudio cuantitativo a nivel del acueducto no ayuda en diagnóstico de esta enfermedad.
4. Los pacientes con HCA presentan un hiperaflujo en el acueducto de Silvio que se demuestra de forma objetiva en el estudio cuantitativo. Los pacientes con HCA presentan valores de volumen de flujo superiores a los observados en el grupo control.

5. EL diagnóstico de HCA se puede establecer mediante el estudio cualitativo de RM en contraste de fase valorando el volumen de flujo diastólico con una sensibilidad y especificidad del 82,4% y 77,8% respectivamente.

6. Los estudios cualitativos y cuantitativos postquirúrgicos de Resonancia Magnética en contraste de fase en los pacientes sometidos a ventriculostomía permiten valorar la permeabilidad de la misma en el tiempo. El volumen de flujo total en el sitio de la ventriculostomía es un indicador del funcionamiento de la misma. Si este volumen es bajo en los estudios iniciales o disminuye a lo largo del tiempo indicará un fallo en el funcionamiento de esta técnica quirúrgica..