

Reporte de un Caso Clínico

Hemorragia Subaracnoidea Aneurismática

LÓPEZ-MEZA EG¹, ARCE-SÁNCHEZ HJ²

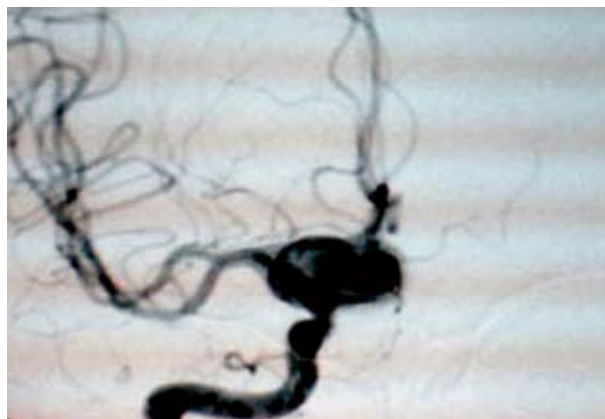


Figura 1. En el estudio de angiografía se observa una imagen sacular, dependiente de la carótida interna supraclinoidea, en fase arterial temprana, con llenado parcial de la misma, sin evidencia de trombosis internas.

RESUMEN CLÍNICO

Una mujer de 60 años, con antecedentes de diabetes e hipertensión de 20 años de evolución, presenta de inicio abrupto a las 6 de la mañana al estar haciendo sus necesidades fisiológicas, cuadro cefalálgico, de localización holocraneana, intensidad 10/10 (descrito como “el peor dolor de cabeza de su vida”) y minutos después pérdida del estado de alerta por aproximadamente 10 minutos. Al despertar continúa su cefalea, acompañada de náuseas y vómitos. La paciente niega cuadros similares previos.

Examen físico: Presión arterial 150/90; pulso 85; respiraciones 18; normotérmica. Cuello, tórax, abdomen, extremidades, incluyendo pulsos: normal. Funciones mentales; alerta, orientada, cooperadora. Lenguaje que comprende, emite, repite y nombra sin dificultad. Nervios craneales: fondo de ojo normal, pupilas isocóricas, no hay limitación en los movimientos oculares, no paresia facial, reflejos pupilares, corneal, nauseoso y deglución normal. Motor:

tono conservado, con fuerza 5/5 generalizada. Sensitivo: sin compromiso. Reflejos de estiramiento muscular: + generalizados. No presenta reflejos anormales. Coordinación: normal. Signos de irritación meníngea: Kernig, Brudzinski, Binda y rigidez de nuca presentes.

Preguntas útiles: ¿Cuál es el síntoma cardinal?, ¿Cuáles son las causas de irritación meníngea?, ¿Cuál es el abordaje de esta paciente?

Se solicitó laboratorios generales, una tomografía de cráneo inicial y posteriormente se solicitó una panangiografía cerebral (**Figura 1**).

DISCUSIÓN

El diagnóstico diferencial de un paciente con irritación meníngea se limita principalmente a hemorragia subaracnoidea (HSA), carcinomatosis meníngea y neuroinfección. El inicio

¹ Médico Neurólogo y Neurofisiólogo, adscrito al Hospital General de Culiacán. ² Jefe del Departamento de Imagenología y Radiodiagnóstico del Hospital General de Culiacán.

Correspondencia, observaciones y sugerencias al Dr. Elmer López Meza a Hospital General de Culiacán “Dr. Bernardo J. Gastélum” en Aldama y Nayarit s/n Col. Rosales tel. (667) 7 16 98 15 ext. 179. correo electrónico: assin_2007@hotmail.com

Artículo recibido 20 marzo 2009-03-31.

Artículo aceptado para publicación 31 de marzo 2009.

Este artículo puede ser consultado en Imbiomed, Latindex, Periódica y www.hgculiacan.com

Cuadro 1. Clasificación de Hunt y Hess de la hemorragia subaracnoidea.⁴

DESCRIPCIÓN	GRADO
Asintomático o cefalea mínima y rigidez de nuca mínima	1
Cefalea de moderada a severa, rigidez de nuca, pero sin déficit neurológico a excepción de parálisis de nervios craneales	2
Somnolencia, confusión, o déficit focal leve	3
Estupor o déficit focal severo	4
Coma, rigidez de descerebración, apariencia de moribundo	5

súbito apoya a la hemorragia subaracnoidea. Las características de la cefalea (la peor de su vida), la náusea, vómito y el haberse acompañado de pérdida del estado de alerta son compatibles con HSA.¹ La causa más común de HSA es traumática; en caso de no existir antecedente traumático, se debe sospechar en aneurisma (80%), en menor proporción arteritis, malformación arteriovenosa, neoplasia, cocaína, medicamentos (Prozac). Las lesiones aneurismáticas son frecuentes en la población general (no rotos), en una serie postmortem se encontraron en 0.3 a 9% de los casos (1% número aceptado), aumentando la frecuencia en pacientes con riñones poliquísticos, enfermedad de Marfan, Ehlers Danlos, pseudoxantoma elástico y coartación aórtica.² Los aneurismas pueden ser micóticos, fusiformes y más frecuentemente saculares, los cuales presentan disminución de la membrana elástica interna, disminución del tejido muscular liso de la media. Usualmente se localizan en las áreas de bifurcación, por estrés hemodinámico en el polígono de Willis. El riesgo de ruptura aneurismática se presenta en presencia de hipertensión arterial, aterosclerosis, embarazo, analgésicos, tabaquismo y aneurismas con las enfermedades mencionadas. Se considera un aneurisma gigante cuando es mayor de 2.5 cm (se calcifican, dando focalización neurológica por ocupar espacio). El 50% de los pacientes con HSA aneurismática presenta cefalea centinela (un microsangrado, días antes del ictus hemorrágico).³ El cuadro clínico habitual es cefalea súbita, náuseas, vómito, pérdida del estado de alerta y en menor proporción fiebre, crisis convulsivas y déficit focal. La escala de Hunt-Hess es de utilidad en estos pacientes (**Cuadro 1**). El estudio de elección incluye la tomografía (a las 24 horas (90%) de sensibilidad, que disminuye a 0% a las 3 semanas).⁴

En casos sospechosos con tomografía craneal negativa (usualmente pacientes que se valoran días después del evento) está indicada una punción lumbar en búsqueda de crenocitos, la cual presenta aspecto “agua de sandía”. La escala de Fisher es la que se utiliza internacionalmente, para establecer el patrón topográfico de la HSA. Se presenta hidrocefalia como complicación temprana o tardía (10-43%), aumenta en los pacientes con irrupción ventricular, 15% de los pacientes con HSA requieren sistema de derivación ventrículo-peritoneal. Otra grave complicación es el vasoespasma cerebral, inicia usualmente el día 3 del ictus, siendo mayor del día 7 al 10. Se presentan crisis convulsivas del 10 al 27% de los casos, asociadas con infartos, hidrocefalia y sangrado que afecte el área cortical.² El diagnóstico temprano favorece el pronóstico, se debe utilizar nimodipino exclusivamente en vía oral, cuidando no causar hipotensión arterial, ablandadores fecales y analgésicos. Posterior a identificar la causa, el manejo temprano se asocia a mejor pronóstico. Se cuenta con 2 opciones terapéuticas: La neurocirugía (clipadura del aneurisma) y la terapia endovascular (embolización del aneurisma), no existiendo una indicación absoluta; sin embargo se prefiere cirugía en los casos de aneurismas accesibles quirúrgicamente y terapia endovascular para los de difícil acceso. Cada caso deberá ser individualizado. El riesgo de resangrado es de 4% en las primeras 24 horas y 1.2% por día hasta las 2 semanas, completando 20% al mes del evento.^{1,2}

La paciente del presente caso, fue operada con éxito, dejando como única secuela la presencia de parálisis incompleta del tercer nervio craneal durante 3 meses. Posteriormente la paciente reinició sus actividades de la vida diaria sin limitaciones.

Bibliografía

1. Weaver JP, Fisher M. Subarachnoid hemorrhage: an update of pathogenesis, diagnosis and management. *J Neurol Sci* 1994; 125(2): 119-31.
2. Mayberg MR, Batjer HH, Dacey R, Diringer M, Haley EC, Heros RC *et al.* Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. *Stroke* 1994; 25:2315-18.
3. Jonathan A. Edlow, M.D., and Louis R. Caplan, M.D. Avoiding Pitfalls in the Diagnosis of Subarachnoid Hemorrhage. *N Engl J Med* 2000; 342:29-36.
4. Hunt WE, Hess RM. “Surgical risk as related to time of intervention in the repair of intracranial aneurysms.” *Journal of Neurosurgery* 1968; 28(1):14-20.