

Caso	(242) Pérdida de conciencia brusca y tendencia a la hipertensión: Hemorragia subaracnoidea por rotura de aneurisma.
Autores	Sara Carmen Parrado García, Rebeca Sigüenza González, Sonia Osorio Aira, Elena Núñez Miguel, Sofía Joral Del Hoyo, Javier Rodríguez Jiménez
Centro	Hospital Clínico Universitario De Valladolid

EXPOSICIÓN DEL CASO

Avisan desde la zona de críticos de urgencias para realizar TC cerebral urgente a una paciente de 50 años traída por la UVI móvil, intubada, que ha presentado una pérdida brusca del nivel de conciencia y episodio convulsivo mientras cenaba. Asocia cifras elevadas de tensión arterial con PAS en torno a 180 mmHg.

En la TC se observa una extensa hemorragia subaracnoidea que se distribuye por los surcos de la convexidad, las cisternas de la base y ventrículos, sin hidrocefalia asociada, donde el mayor componente hemorrágico se aprecia en la cisterna pentagonal y lateralizado hacia la derecha.

Se completa el estudio con angioTC de troncos supraórticos y polígono de Willis donde se evidencia un aneurisma sacular de 6 mm en la bifurcación de la arteria cerebral media derecha (segmento M2). También llama la atención la configuración filiforme de todo el árbol arterial cerebral en probable relación con vasoespasmio.

DISCUSIÓN

La hemorragia subaracnoidea (HSA) no traumática supone del 2-5% de los ictus. El 85% se deben a rotura de aneurismas, el 10 % se deben a hemorragias perimesencefálicas idiopáticas y un 5% son de etiologías múltiples (síndrome de vasoconstricción reversible, angiopatía amiloide, trombosis venosa, síndrome de encefalopatía posterior reversible, vasculitis, enfermedad de moya-moya...).

La prueba de elección en urgencias es la TC sin contraste, donde se apreciará la sangre hiperdensa en los espacios subaracnoideos, con una sensibilidad cercana al 100% dentro de las primeras 12-24h. Con el paso del tiempo, el aclaramiento de la sangre por el líquido cefalorraquídeo disminuye la sensibilidad de la TC, siendo del 50% a los 7 días.

Es conveniente incluir en el algoritmo diagnóstico una angioTC arterial-venosa para descartar aneurismas, malformaciones arterio-venosas, trombosis de senos venosos, fístulas durales...

La distribución de la sangre puede orientar el diagnóstico etiológico (siempre que no sea de causa traumática). Las voluminosas hemorragias localizadas en las cisternas supraselares con extensión periférica difusa a surcos y sistema ventricular, es el patrón característico de la ruptura de aneurismas saculares del polígono de Willis.

Las localizaciones más frecuentes de los aneurismas son la bifurcación de la arteria cerebral media y la arteria comunicante anterior, representando estas dos el 60% de los aneurismas. Otros se sitúan en la comunicante posterior y en la arteria oftálmica, y un 10% en la arteria basilar.

Las principales complicaciones de la HSA son el resangrado en las primeras 24h, la hidrocefalia por trastorno en la reabsorción del LCR y la isquemia cerebral por vasoespasmo.

El vasoespasmo es la principal causa de morbimortalidad en estos pacientes que se puede ver hasta en el 70 %.

CONCLUSIÓN

La hemorragia subaracnoidea no traumática secundaria a rotura de aneurismas del polígono de Willis es una causa importante de morbimortalidad en pacientes jóvenes. Es necesaria una actuación rápida, con realización de pruebas de imagen de forma inmediata para confirmar la sospecha y establecer u orientar la etiología. La TC es la técnica de elección en la HSA aguda, debiendo realizarse una angio-TC ante sospecha de rotura aneurismática, la cual es la causa más frecuente de HSA no traumática.

El objetivo ha de ser realizar un tratamiento endovascular o neuroquirúrgico a la mayor brevedad posible.

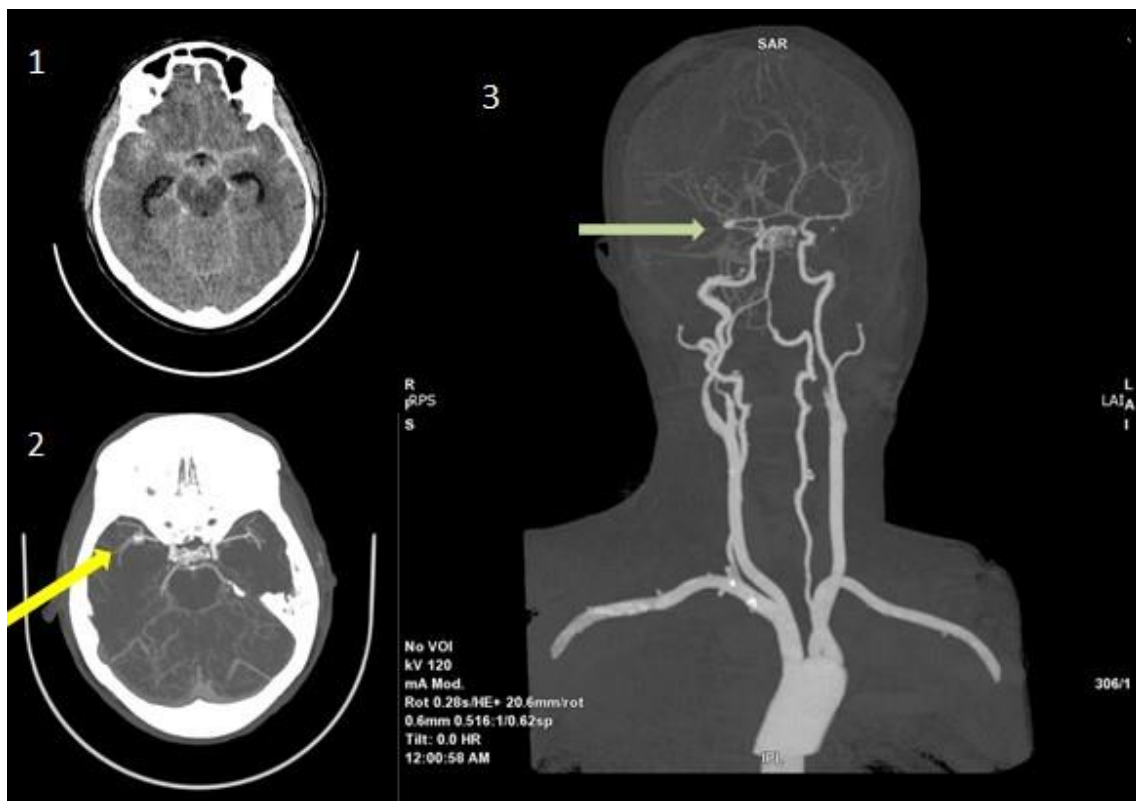


Imagen 1: TC cerebral sin contraste plano axial, hemorragia subaracnoidea visible en las cisternas basales y surcos de la convexidad. Imagen 2: angioTC MIP aneurisma sacular en la bifurcación del segmento M2 de la arteria cerebral media derecha. Imagen 3 reconstrucción 3D de troncos supraórticos y polígono de Willis donde se visualiza el aneurisma y la morfología filiforme difusa del árbol arterial en relación con vasoespasmo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrie P. Marder, Vinod Narla, James R. Fink, and Kathleen R. Tozer Fink. Subarachnoid Hemorrhage: Beyond Aneurysms. *American Journal of Roentgenology* 2014 202:1, 25-37. <https://doi.org/10.2214/AJR.12.9749>
2. Domitille Millon , Anne Laure Derelle, Patrick Omoumi, Marie Tisserand, Emmanuelle Schmitt, Sylvain Foscolo, René Anxionnat, Serge Bracard. Nontraumatic Subarachnoid Hemorrhage Management: Evaluation with Reduced Iodine Volume at CT Angiography. *Radiology*. Jul 1 2012 Vol. 264 N°1. <https://doi.org/10.1148/radiol.12111384>.
3. Westerlaan HE, van Dijk JM, Jansen-van der Weide MC et al. Intracranial aneurysms in patients with subarachnoid hemorrhage: CT angiography as a primary examination tool for diagnosis—systematic review and meta-analysis. *Radiology* 2011;258(1):134-145.