| | |
|---|---|
| Caso | (061) Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurisma por MAV de fosa posterior. |
| Autores | Blanco Bruña, Maria Del Carmen, Farach Barroso, Rosa Mª |
| Centro | Hospital Infanta Elena (huelva) |

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 53 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus que acude a urgencias por cuadro de agitación seguido de somnolencia posterior, refiriendo cervicobraquialgia en los días previos.

Se solicita TC craneal en el que se pone de manifiesto hemorragia subaracnoidea de distribución predominantemente perimesencefálica, con mayor volumen de sangrado en ángulo pontocerebeloso derecho y sedimentación intraventricular, sin datos de hemorragia intraaxial y con cierto grado de hidrocefalia. Se efectúa angioTC de polígono de Willis en el que se evidencia aneurisma sacular en arteria de circulación posterior derecha como causa del sangrado. En estudio angiográfico posterior se pone de manifiesto MAV del tectum con aferencias arteriales dependientes de arterias coliculares bilaterales, más hipertrofiadas las dependientes de la ACP derecha, identificándose un aneurisma de flujo en bifurcación de arterias coliculares derechas, excluido mediante tratamiento endovascular. Buena evolución clínica posterior.

## DISCUSIÓN

Ante una HSA la aproximación diagnóstica inicial podría basarse en el análisis del patrón de distribución de la sangre, existiendo 3 patrones reconocidos en TC en las primeras 72 horas post-ictales (preferentemente < 24 horas) :

1) Aneurismático: HSA en cisternas centrales supraselares pudiendo extenderse difusamente a los surcos cerebrales.

2) De la convexidad: HSA en surcos de la convexidad (o cisura de Silvio).

3) Perimesencefálico y cisternas de la base (5- 10% de todas las HSA):

- se centra anterior a protuberancia y mesencéfalo.

- puede extenderse hacia las cisternas basales y supraselares, hacia la cisura de Silvio basal/medial y cisura interhemisférica.-ausencia o escasa cantidad hemática en porciones dependientes de astas occipitales de ventrículos laterales.

Se presenta el caso de una HSA aguda con patrón predominantemente perimesencefálico en las que en el 95% de los casos la angiografía cerebral es normal, no identificándose el origen del sangrado, posiblemente por causa venosa. Se conoce como HSA perimesencefálica no aneurismática.

El 5% restante se debe a un aneurisma vertebrobasilar, de peor pronóstico.

Entre las causas menos frecuentes se incluyen las FAV durales, traumatismos, tumores vasculares, disecciones arteriales, daño venoso tentorial traumático y, como en nuestro caso, las MAV de fosa posterior con aneurisma de flujo.

Las malformaciones arteriovenosas cerebrales son el tipo de malformación vascular intracraneal sintomática más común. Se componen de arterias nutricias agrandadas de baja resistencia y alto flujo (que favorecen el desarrollo de aneurismas de flujo, como en nuestro caso), un nido de vasos, en proximidad al parénquima cerebral y a través de los cuales se producen los shunts arteriovenosos, y por último las venas de drenaje. El nidus puede ser difuso o compacto, con presencia o no de tejido cerebral normal interpuesto, respectivamente.

## CONCLUSIÓN

Ante una HSA con patrón perimesencefálico se recomienda angioTC para excluir una posible causa vascular o aneurismática. Estudios recientes proponen que la angiografía no aporta valor en estos pacientes tras un angioTC negativo .

Ante un aneurisma, especialmente en una localización distal en la que no se establezca una clara dependencia o con otros hallazgos vasculares asociados hay que plantearse la posibilidad de aneurisma de flujo por MAV o fistula AV subyacente, como en nuestro caso.

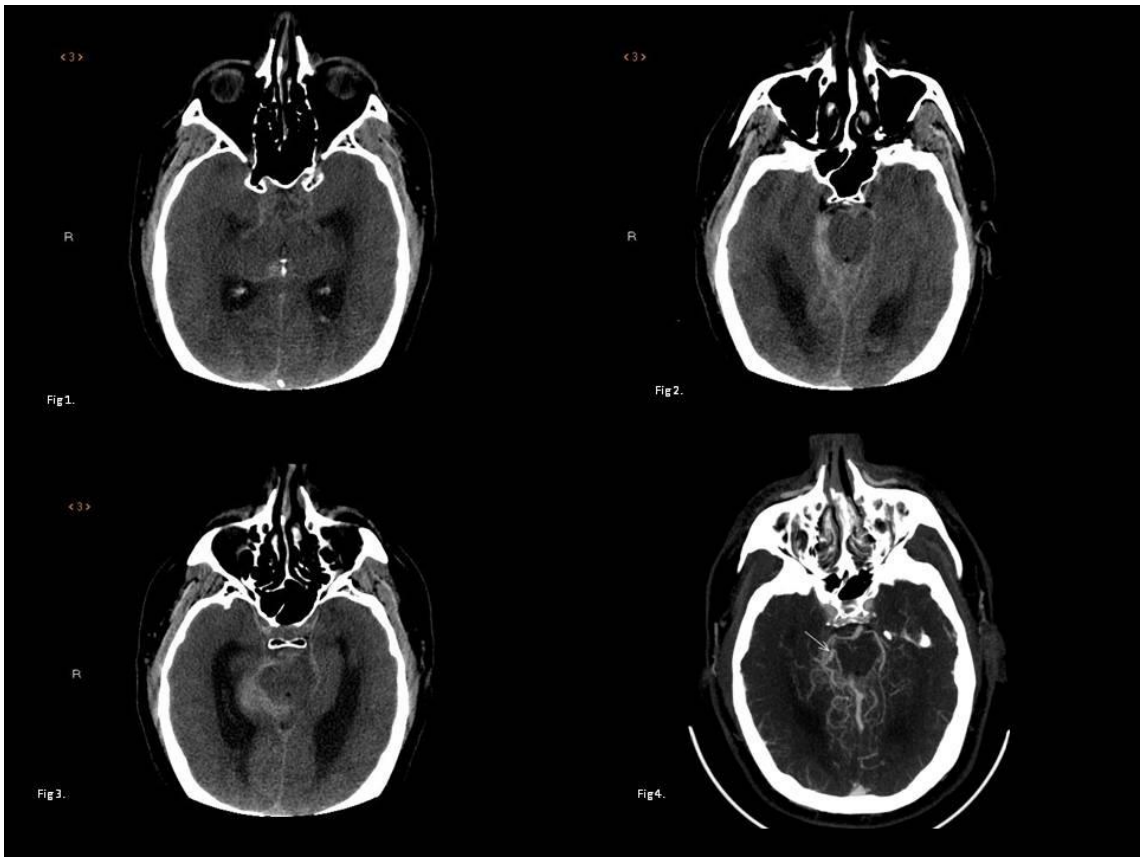


***Fig 1, Fig 2, Fig 3: ocupación hemática aguda perimesencefálica, con mayor volumen de sangrado en ángulo pontocerebeloso derecho y sedimentación en astas occipitales. Fig 4: Aneurisma sacular ( flecha) en territorio arterial de fosa posterior derecha, correspondiendo a arteria colicular hipertrofiada aferente de MAV a nivel del tectum mesencefálico.***

## BIBLIOGRAFÍA

Provenzale JM, Hacein-Bey L. CT evaluation of subarachnoid hemorrhage: a practical review for the radiologist interpreting emergency room studies. Emerg Radiol. 2009 Nov;16(6):441-51.

Sasikhan Geibprasert, MD, Sirintara Pongpech, MD, Pakorn Jiarakongmun, MD, Manohar M. Shroff, MD, Derek C. Armstrong, MD Timo Krings, MD, PhD

Radiologic Assessment of Brain Arteriovenous Malformations: What Clinicians Need to Know.

RadioGraphics 2010; 30:483-501

Sonia Francisca Pozo González, Antonio Ignacio Sagredo Barra, Manuel Ángel Martín Pérez, José Martín Marín Balbín.

NUEVO HOSPITAL,2019 junio;XV (2) 16-21

C Wipplinger et al., J Neurointerv Surg, 2020

The value of repeated digital subtraction angiography in patients with initial angiogram-negative perimesencephalic subarachnoid hemorrhage