

**HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
DE CIEGO DE ÁVILA**

**Diagnóstico incidental de hemorragia subaracnoidea. Presentación de un caso.
Incidental diagnosis of subarachnoid hemorrhage. A case presentation.**

Anelyn Robaina Buján, Fernando Trujillo Sánchez, Ana Melva Galván Pintor.

RESUMEN

Se presentó un caso de Hemorragia Subaracnoidea espontánea que clínicamente fue asintomática y asignológica en el momento del ictus. Se llegó al diagnóstico mediante una punción lumbar realizada para administrar una anestesia espinal con el objetivo de realizar una cirugía de mamas. Se estudió y se diagnosticó un Aneurisma Intracraneal del complejo Comunicante Anterior- Cerebral Anterior derecha. Se intervino quirúrgicamente llevándose a cabo disección del saco aneurismático y presillamiento del cuello del mismo. La evolución fue favorable.

Palabras Clave: HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA/diagnóstico.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia Subaracnoidea(HSA), una de las más dramáticas formas de enfermedad cerebrovascular, constituye un verdadero reto para el neurocirujano actual. Esta puede ser primaria, más frecuente en el debut de un aneurisma intracraneal (AIC), o secundaria.

Por el contrario de lo que ocurre en la HSA que se presenta como consecuencia de un traumatismo craneoencefálico o raquimedular, en cuyo caso la etiología se infiere con facilidad, la que se presenta de forma espontánea constituye un problema diagnóstico y terapéutico aún con los avances actuales de la neurorradiología intervencionista (1,2).

Cuando la HSA espontánea debuta en edades medias y avanzadas de la vida lo más frecuente es que se deba a la ruptura de una malformación vascular intracraneal de tipo aneurismática y se caracteriza por un cuadro clínico dado por: cefalea súbita, paroxística, intensa, que puede o no acompañarse de signos meníngeos, signos focales motores y trastornos de conciencia, fundamentalmente (3).

Es extremadamente raro que este trastorno se presente de forma asintomática, Es por ello, que reportamos el caso de una paciente en la cual diagnosticamos esta enfermedad como un hallazgo casual(4).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de la raza blanca, de 36 años de edad, con antecedentes de cefalea e HTA sin tratamiento habitual. Fue ingresada en octubre del año en curso(2004), para realizarse una cirugía de mamas. El exámen físico de la paciente fue completamente normal sin presencia de síntomas ni signos clínicos neurológicos.

Al realizar una punción lumbar con el objetivo de administrar una anestesia espinal, se obtiene un líquido cefalorraquídeo (LCR) teñido de sangre, como agua de melón, característico de HSA y que además no aclaró con la prueba de los tres frascos. Se decide mandar a analizar el LCR obtenido y suspender el acto quirúrgico.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

LCR citoquímico: aspecto hemático; después de centrifugado, xantocrómico; celularidad y glucosa, normales; proteínas elevadas; pandy positivo xxx; con hematíes crenados abundantes.

Ultrasonido abdominal: normal.

Rx de craneo y tórax: normales.

Hemograma con diferencial: normal.

Grupo sanguíneo y Rh: A positivo.

Coagulograma: normal.

Angiotomografía cerebral: imagen sacular de 1.1 x 0.8mm en relación con el complejo Cerebral anterior- Comunicante anterior derecha, en relación con AIC.

Angiografía carotídea derecha: Imagen de AIC en la proyección del complejo Cerebral anterior- Comunicante anterior derecho.

HALLAZGOS EN EL ACTO QUIRÚRGICO

Es llevada al salón y bajo anestesia general endotraqueal se realiza craneotomía fronto-látero-pterional derecha y con la técnica quirúrgica específica para el caso en cuestión se realiza disección microquirúrgica del saco aneurismático y su cuello, presellando el mismo y aislándolo del resto de la circulación cerebral. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria.

DISCUSIÓN

La HSA aneurismática es más frecuente en el sexo femenino y entre la 4ta y 6ta décadas de la vida(5).

La mayoría de los casos se diagnostican luego del ictus inicial con la realización de una TAC de cráneo simple donde se observa la presencia de sangre en espacio subaracnoideo. En algunos lugares donde no está presente la TAC, se acepta el uso de la punción lumbar como método diagnóstico. Luego se realizan los exámenes contrastados de elección para el diagnóstico de los AIC, siendo estos la Angiotomografía cerebral y la Panangiografía cerebral. Con estos procedimientos se visualizan las malformaciones vasculares así como sus relaciones anatómicas; este último constituye un dato indispensable para seleccionar la técnica quirúrgica a utilizar a la hora de llevar a cabo el acto operatorio.

Cuando se obtenga un hallazgo incidental de HSA o de AIC deberán seguirse los mismos pasos en el estudio y el tratamiento de la enfermedad diagnosticada (6,7).

ABSTRACT

A case of spontaneous subarachnoid hemorrhage that clinically was as symptom-free and asignological at the moment of the ictus. The diagnosis was obtained by spinal puncture done to administer spinal anesthetic with the objective of doing breast surgery. An intracranial aneurysm of the anterior communicating complex-right anterior cerebral. She was operated and symptom-free sac was dissected and neck stippling of it. The evaluation was favorable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grossman RG. Hemorragia Subaracnoidea. In: Principles of Neurosurgery. New York: Raven Press; 2001. pp.258-62, 402-8.
2. Ljunggren B, Brandt L, Sunbarg G. Early management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. Neurosurgery 2002; 11: 412-18.
3. Ljunggren B, Saveland 4, Brandtk. Early operation and overall outcome in aneurysmal subarachnoid hemorrhage. J Neurosurg 2003; 52: 547-51.

4. Hoessle GF. Intracranial Hemorrhage in the seventeenth century. *J Neurosurg* 2000; 24: 493-6.
5. Slosbeng PG. The current Status of medical treatment of intracranial aneurysms. *Prog Neural Surg* 1999; 3: 230- 48.
6. Anea IM. Acute Surgery of cerebral aneurysms and prevention of symptomatic vasospasm. *Acta Neurochir* 2002; 273- 81.
7. Kassel NF, Torner JC. Aneurysm rebleeding: a preliminary report from the Cooperative Aneurysm Study. *Neurosurgery* 2001; 13: 479- 81.