Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):3212

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/3137 - HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA

P. Arévalo Frutos[a], F. Mateo Mateo[b], F. Armenteros Torres[c] y D. Cabello Morales[d]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas. Córdoba. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba. [d]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 51 años. AP: HTA. Poliglobulia. Deshabituación alcohólica (recaída tras 9 años de abstinencia). EA: remitido a Urgencias por MAP. Refiere episodios de cefalea intensa acompañada de vómitos, mareo sin pérdida de conocimiento y hemiparesia derecha de resolución espontánea cuando fue atendido en Urgencias. Refiere persistencia de cefalea intensa holocraneal y vómitos.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado y colaborador. Tendente al sueño. PINR. Apertura ocular a la llamada, movilización espontánea de las cuatro extremidades. Obedece órdenes sencillas. No hallazgo de focalidad neurológica. TC cráneo: presencia de sangre en cisternas de la base y cisura interhemisférica, en los surcos frontales, interhemisféricos, cingulares y temporales bilaterales, en relación con hemorragia subaracnoidea. Extensión parenquimatosa del contenido hemático hacia lóbulo frontal parasagital bilateral. En la localización teórica de la arteria comunicante anterior/segmento precomunicante de la arteria cerebral anterior derecha se aprecia una imagen redondeada, homogénea e hipodensa respecto al contenido hemático colindante, de 9 mm, aneurisma en dicha localización. Neurorradiología intervencionista. Arteriografía de encéfalo: aneurisma de arteria comunicante anterior que se repleciona desde la arteria carótida interna que mide unos 7 mm con cuello de 4 mm. Se procede a tratar dicho aneurisma mediante embolización con coiling.

Juicio clínico: Aneurisma de arteria comunicante anterior embolizado.

Diagnóstico diferencial: Apoplejía hipofisaria. Meningitis. Hematoma subdural. Emergencia hipertensiva.

Comentario final: Aportación del caso: 1. HSA espontánea: rotura de aneurisma 80-90%. 2. FR. En nuestro caso, HTA y el consumo de alcohol. 3. Sospecha clínica: cefalea súbita, explosiva e invalidante; náuseas y vómitos en > 70% de casos. 4. La ausencia de signos meníngeos no descarta HSA. 5. TC craneal urgente. Diagnóstico 80-95% casos. Si es normal, obligada punción lumbar. 6. 40% de HSA presentan complicaciones. 7. Pronóstico: localización, extensión y complicaciones. 8. 25% de pacientes mueren en 24h, emergencia médica. 9. Toda sospecha HSA debe ser ingresado. Gravedad: escala Hunt y Hess. 10. Tratamiento médico-quirúrgico. Vital control TA y uso de

calcioantagonistas.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.
2. DTM. Green Book. Marbán.
3. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.
4. Guerrero López F. Manejo general en Cuidados Intensivos del paciente con HSA espontánea. Manual Medicina Intensiva.

Palabras clave: HSA. TC. Aneurisma. Embolización. Arteriografía.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.