

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Imagenología

Trabajo:

Hemorragia subaracnoidea

Docente:

Dr. Fonseca Fierro Samuel Esaú

Alumno:

Carlos Alfredo Solano Díaz.

Semestre y Grupo:

4° "A"

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 26 de Noviembre del 2020.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

La HSA es la extravasación de sangre en el espacio subaracnoideo o leptomeníngeo, situado entre la aracnoides y la piamadre, en el que se encuentra el líquido cefalorraquídeo. Se denomina HSA primaria cuando el sangrado se inicia en dicho espacio; secundaria cuando procede de otro espacio meníngeo, el parénquima cerebral o el sistema ventricular, y espinal cuando se inicia en el espacio subaracnoideo espinal o medular.

ETIOPATOGENIA

La HSA es un síndrome que puede deberse a múltiples causas. La incidencia de HSA es mayor en el sexo femenino y predomina entre los 40 y 60 años, aunque puede ocurrir en edades extremas. Diversos estudios sugieren su relación con factores hormonales y raciales, con una menor incidencia de HSA en la etnia blanca. La HTA, el tabaquismo, el abuso de alcohol y el abuso de drogas simpaticomiméticas se han identificado como factores de riesgo de HSA.

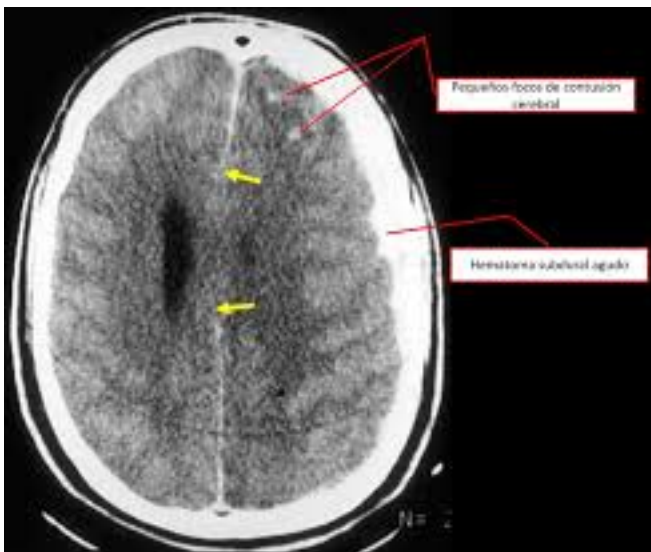
Los aneurismas arteriales (85%) y las malformaciones vasculares son las principales causas de la HSA espontánea. Se estima que la prevalencia de aneurismas cerebrales en la población adulta es de 3%-5%, aunque la incidencia de rotura aneurismática es sólo de 2-20 casos por 100 000 personas por año.

El riesgo de rotura de un aneurisma intracraneal previamente asintomático está incrementado en el sexo femenino, si la edad es mayor de 60 años, y el tamaño del aneurisma es superior a 10 mm, o está en la circulación posterior.

CUADRO CLÍNICO

La HSA puede estar precedida en un 20%-30% de los pacientes de síntomas prodrómicos que orientan sobre la existencia y la localización de un aneurisma. Una parálisis del III par craneal, manifestada con midriasis parálítica y dolor periorbitario, sugiere la fisura o crecimiento de un aneurisma en la arteria comunicante posterior. Una parálisis del VI par craneal apunta a un aneurisma en el seno cavernoso; la aparición de un defecto visual sugiere un aneurisma de la porción supraclinoidea de la carótida interna. Una cefalea centinela intensa, sin síntomas o signos de focalidad neurológica, puede preceder en días o semanas a una HSA grave.

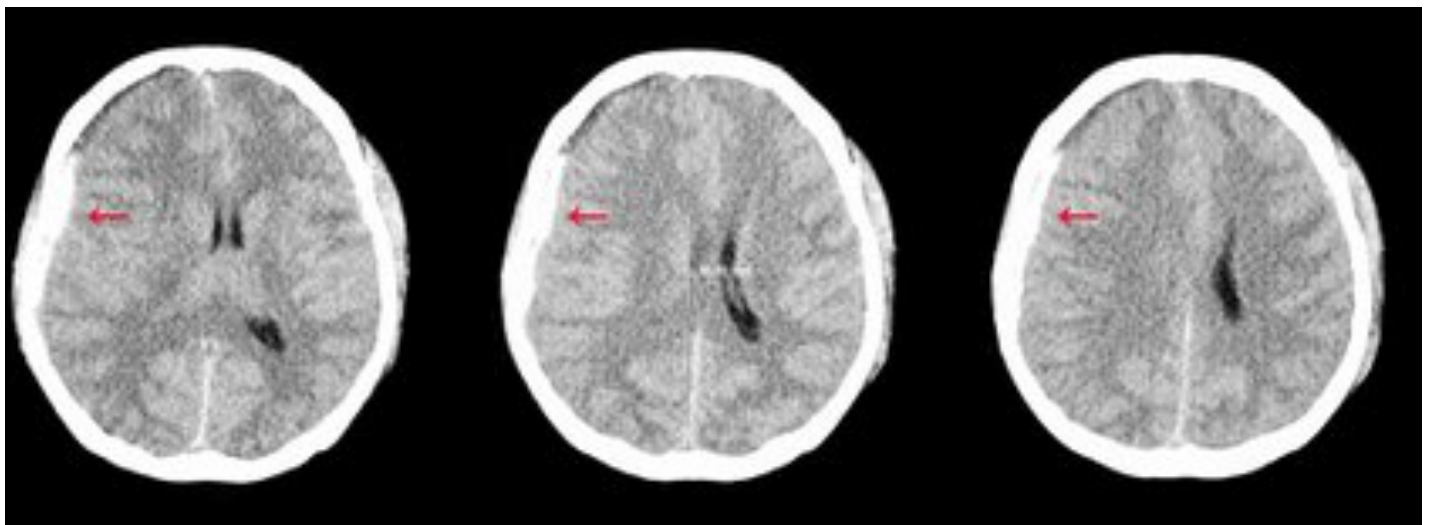
DIAGNÓSTICO



Ante la sospecha clínica de HSA se debe realizar una TC cerebral, que tiene valor diagnóstico en alrededor del 95% de los pacientes. La extensión y la localización de la HSA en la TC contribuyen a identificar la topografía del aneurisma roto, estratificar el pronóstico clínico y estimar el riesgo de algunas complicaciones como el vasoespasmo. Si la TC es negativa se debe realizar una punción lumbar con el objetivo

de detectar sangre o productos de degradación de la hemoglobina en el espacio subaracnoideo.

La xantocromía (tinción amarillenta del líquido cefalorraquídeo resultante de la transformación de hemoglobina en bilirrubina) requiere al menos 12 h de evolución del sangrado y persiste unas 2 semanas. En el paciente con HSA está indicado realizar un estudio angiográfico para detectar la etiología del sangrado y definir la anatomía del aneurisma. La TC con angiografía (angio-TC) tiene una sensibilidad y especificidad del 95%-100% para detectar aneurismas mayores de 5 mm y ofrece también información sobre la presencia de calcio en la pared del aneurisma o la existencia de un trombo intraluminal. La no detección de un aneurisma en la primera angiografía cerebral ocurre en un 20%-25% de las HSA.



PRONÓSTICO

La etiología de la HSA es el elemento principal para establecer su pronóstico; la HSA aneurismática es la que presenta un peor pronóstico y mayor incidencia de complicaciones. El pronóstico de la HSA es grave, con elevada morbilidad y una mortalidad superior al 40%. Un 15% de los pacientes fallecen antes de su llegada al hospital. Además, al predominar en pacientes más jóvenes, la HSA es

responsable de hasta el 25% del total de años perdidos con buena calidad de vida del conjunto de ictus.

TRATAMIENTO

El paciente con HSA debe ser tratado en una Unidad de Cuidados Intensivos hasta el cierre del aneurisma y después puede ser trasladado a una Unidad de Ictus para su tratamiento por un equipo multidisciplinar de neurólogos y neurocirujanos. La HSA requiere una monitorización multimodal intensiva durante los primeros días de hospitalización con el objetivo de detectar y tratar precozmente las complicaciones.

El tratamiento se inicia asegurando la vía respiratoria y el estado hemodinámico. Se recomienda reposo absoluto, elevar la cabeza del paciente a 30° y evitar todo tipo de esfuerzos y estímulos externos. Han de mantenerse la isoosmolaridad (< 320 mmol), la normonatremia (135- 150 mEq/L), la euvolemia (PVC 8-12 mm Hg), la normoglucemia y la apirexia. La PAS será inferior a 220 mm Hg si el aneurisma está tratado o inferior a 170 mm Hg si está pendiente de oclusión, y se administrarán los analgésicos necesarios.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

- **Misulis, K & Head, T. (2008). Netter, Neurología Esencial. España: Elsevier.**