



CASO CLÍNICO NEUROLOGÍA

Hospital Universitario de Elche

María Spreáfico Muci

Aprobado por: Dra. Laura Navarro



MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de **70 años** que acude a urgencias (13/03) por **cefalea intensa** de inicio **brusco**, que la despierta durante el sueño, con **rigidez de nuca** y **sensación distérmica**. Refiere **sudoración** profusa y **náuseas** (que no cede con analgesia habitual).

ANTECEDENTES PERSONALES

No RAMs. **HTA. DLP.** Cardiopatía isquémica. Portadora de 3 stents. Hipotiroidismo (tratamiento sustitutivo). No hábitos tóxicos.

IQx: cirugía de rodilla derecha (febrero 2017). Prolapso vesical, apendicectomía, histerectomía total.

Tto habitual: atorvastatina, levotiroxina sódica, telmisartán, omeprazol, AAS, bemiparina.

EXPLORACIÓN FÍSICA Y ANALÍTICA

A la exploración solo muestra **rigidez de nuca. Afebril.**

Analítica: pO₂ 65 mmHg, pCO₂ 30,8 mmHg, leucocitos 12 x10⁶ µL, neutrófilos 86,9 %.

- AngioTC torácico (14/03) en urgencias para valoración de a. pulmonares → Exploración normal, descarta TEP o disección aórtica.

Ingresa en Neumología para estudio de hipoxemia → se contacta con Neurología.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES:

- | | | |
|--------------|----------------------------------|----------------------|
| - Meningitis | - Tumor cerebral | - Cefalea en racimos |
| - Migraña | - Hemorragia subaracnoidea (HSA) | |

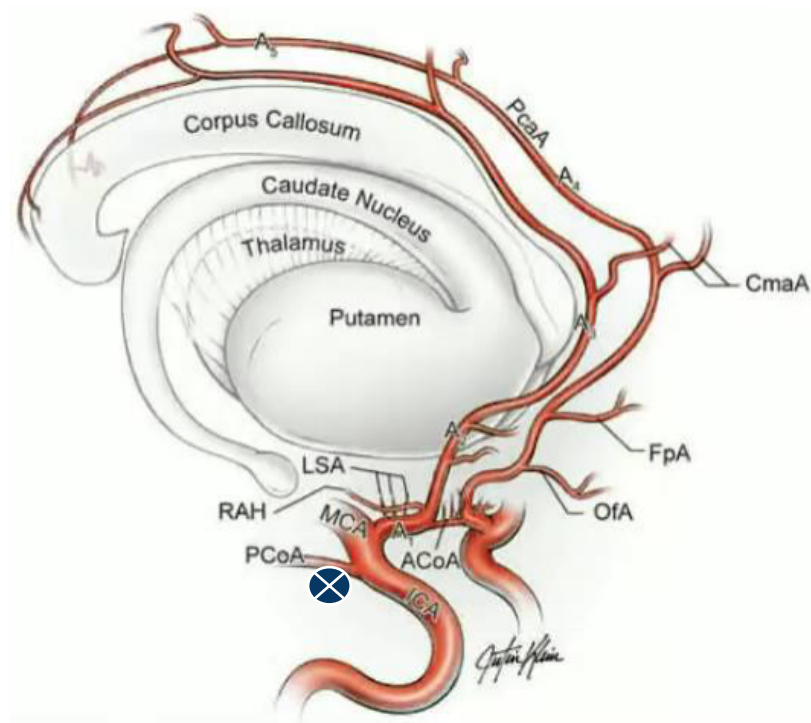
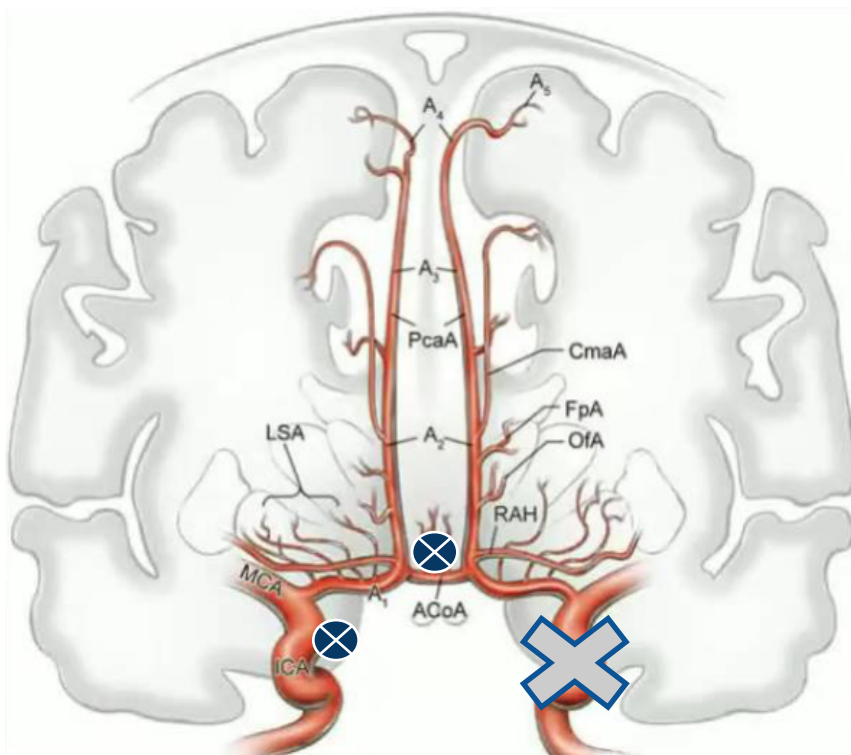
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- TC cerebral urgente (15/03) → HSA en cisternas basales.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- AngioTC de arterias supraaórticas (15/03) → aneurisma de AComA y afilamiento ACII.
- Arteriografía cerebral (16/03) → diagnóstico y posterior embolización de aneurismas saculares de AComA y AcomP derecha mediante coils. Aneurisma sacular en segmento cavernoso ACID no subsidiario de tratamiento (no embolizado). Oclusión de la ACI izquierda.





PIEDAD (F70y)

MEDIANTE ECO

HAL

H

SOMBRA/SUPERF

OAI/OAD 112

CRAN/CAUD 9

Primario

Generalitat Valenciana

16-Mar-2017

14:03:02

A

PHR

P



B 100 W 1000

O 80 C 3000

F

Q 31

EVOLUCIÓN CLÍNICA

- A lo largo del ingreso → varios episodios de **focalidad neurológica** (afasia motora y hemiparesia MSD) de varios minutos de duración, con recuperación espontánea.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

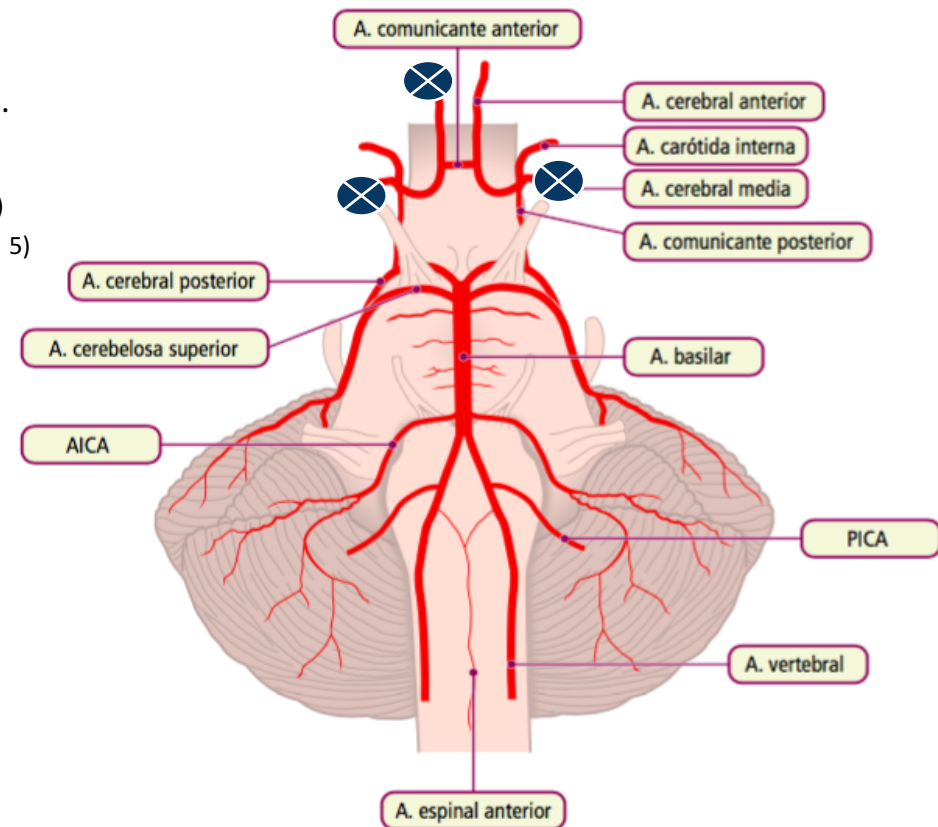
- TC craneal → descarta resangrado y no detecta áreas isquémicas.
- Doppler transcraneal → Como control del vasoespasmo
 - (22/03/17): **vasoespasmo moderado** en: ACM I y D (índice Lindegaard 3)
ACA derecha (índice Lindegaard 5)

Índice Lindegaard (vel ACM/vel ACI)

<3 → no riesgo

3-6 → riesgo moderado

>6 → riesgo severo



DIAGNÓSTICO

- **Hemorragia subaracnoidea por rotura aneurismática.**
 - Hunt y Hess II: dolor de cabeza y rigidez de nuca moderada sin déficits neurológicos más allá de paresia de los nervios craneales (es una escala con valor pronóstico)
 - Fisher IV: hematoma intracerebral con o sin sangre difusa o no apreciada en las cisternas basales (no predice vasoespasmo)
- **Vasoespasmo**

TRATAMIENTO

- **Nimodipino.**
- Atorvastatina, levotiroxina sódica, telmisartán, omeprazol, AAS, bemiparina.



MUCHAS GRACIAS

