Hemorragia subaracnoidea perimesencefálica angiográficamente negativa

J.Sales-Llopis

Departamento de Neurocirugía, Hospital General Universitario de Alicante, España

---

El término más adecuado es **“hemorragia subaracnoidea perimesencefálica”**, ya que es el término más ampliamente aceptado en la literatura médica para describir un subtipo específico de hemorragia subaracnoidea (HSA) no aneurismática, caracterizada por la localización predominante del sangrado alrededor del mesencéfalo.

Razones: 1. **Uso en la literatura científica**: La mayoría de los estudios y revisiones clínicas sobre HSA no aneurismática utilizan el término **“hemorragia subaracnoidea perimesencefálica”** para describir esta entidad. 2. **Descripción anatómica precisa**: El término “perimesencefálica” hace referencia a la distribución del sangrado en la cisterna alrededor del mesencéfalo, lo que ayuda a diferenciar esta condición de otras HSA con patrones de distribución distintos. 3. **Consistencia con la nomenclatura radiológica**: En la interpretación de imágenes (TAC, RM), el término **“perimesencefálica”** es el más utilizado por neurorradiólogos.

Por otro lado, **“hemorragia subaracnoidea pretoncal“** es un término menos utilizado y más ambiguo, ya que “pretoncal” indica una localización **anterior** al tronco cerebral (protuberancia y mesencéfalo), pero no especifica la distribución del sangrado con la misma claridad que “perimesencefálica”.

En resumen, **“hemorragia subaracnoidea perimesencefálica”** es la terminología más precisa y recomendada.

También conocida como Hemorragia subaracnoidea prepontina, hemorragia subaracnoidea perimesencefálica no aneurismática. (Rinkel, la definió como hemorragia subaracnoidea perimesencefálica [1)].

La hemorragia subaracnoidea perimesencefálica angiográficamente negativa (HSAp AN) es un tipo específico de hemorragia subaracnoidea (HSA) que se caracteriza por la presencia de sangre en el espacio subaracnoideo alrededor del mesencéfalo (parte del tronco encefálico), pero con estudios angiográficos negativos, lo que significa que no se detectan anormalidades en los vasos sanguíneos cerebrales mediante la angiografía cerebral.

La HSAp AN es un subtipo de hemorragia subaracnoidea que presenta ciertas características distintivas:

Ubicación específica: La hemorragia se encuentra alrededor del mesencéfalo, que es una parte del tronco encefálico.

Angiografía negativa: A pesar de los síntomas de sangrado, los estudios angiográficos no muestran anormalidades en los vasos sanguíneos cerebrales. Esto implica que no hay aneurismas u otras malformaciones vasculares evidentes que puedan ser la causa de la hemorragia.

Prognóstico generalmente favorable: Aunque la presencia de sangre en el espacio subaracnoideo puede ser preocupante, la HSAp AN a menudo se asocia con un pronóstico más favorable en comparación con otros tipos de hemorragias subaracnoideas.

El diagnóstico y manejo de la HSAp AN implican una evaluación exhaustiva para descartar posibles causas, como malformaciones vasculares, y pueden requerir seguimiento clínico y estudios de imagen a lo largo del tiempo para monitorear la evolución del paciente.

Es importante señalar que cualquier condición médica requiere la atención de profesionales de la salud, y el manejo de la HSAp AN debe realizarse en consulta con especialistas, como neurólogos, neurorradiólogos y otros médicos especializados en enfermedades cerebrovasculares.

La hemorragia subaracnoidea perimesencefálica, fue descrita por VanGijn et al. en 1985.

Se encuentra ubicada en la cisterna perimesencefálica.

Rinkel definió a la HSA perimesencefálica como aquella visualizada en la tomografía axial computada (TAC) de cerebro, realizada dentro de los 3 días de la hemorragia, que muestra la mayor cantidad de sangre en la cisterna ventral del mesencéfalo, con o sin extensión a la cisterna ambiens y zona más medial de las cisternas silvianas.

No debe existir sangre en la fisura interhemisférica ni en la porción lateral de las cisternas silvianas.

Puede existir hemoventrículo

Wijdicks describió pacientes con sangre en regiones prepontinas y prebulbares con historia natural

idéntica a la perimesencefálica. Probablemente, la capacidad resolutiva de la TAC de cerebro en los años de su descripción no era suficientemente poderosa para identificar las hemorragias ubicadas en el espacio subaracnoideo caudal a las cisternas perimesencefálicas.

El término se abandona con la mejora de los procedimientos diagnósticos, ya que se ha comprobado que las hemorragias se centran en la parte anterior del mesencéfalo, sin evidencia de un aneurisma intracraneal en panangiografía.

Epidemiología

Entre el 20 al 68 % de las angiografías cerebrales negativas.

Edad media de presentación 50 años (3-70 años).

Hipertensión arterial en el 3- 20 % de los pacientes.

Etiología

La causa no se ha establecido, pero podría ser secundaria a la ruptura de una pequeña vena perimesencefálica o capilar [(Wijdicks1998>Wijdicks, E F, W I Schievink, and G M Miller. 1998. “MR Imaging in Pretruncal Nonaneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: Is It Worthwhile?” Stroke; a Journal of Cerebral Circulation 29 (12) (December): 2514–2516.)].

Los estudios han demostrado una hemorragia estrechamente asociada con la arteria basilar.

Existe la hipótesis de un hematoma intramural de la arteria basilar. Tal hematoma intramural explicaría el sangrado a baja presión, la localización de la hemorragia anterior al tronco del encéfalo, y los hallazgos típicos de hemorragia adyacentes a la luz de la arteria basilar en la resonancia magnética y el leve estrechamiento de la arteria basilar en la angiografía.

A pesar de que se identificaría fácilmente en la exploración quirúrgica, las cirugías de este tipo nunca han sido indicadas [(Schievink, W I, and E F Wijdicks. 2000. “Origin of Pretruncal Nonaneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: Ruptured Vein, Perforating Artery, or Intramural Hematoma?” Mayo Clinic Proceedings. Mayo Clinic 75 (11) (November): 1169–1173.)].

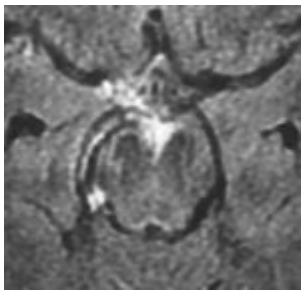
Clínica

Puede presentarse como cefalea paroxística, meningismo, fotofobia y náusea.

La pérdida de conciencia es rara.

Diagnóstico

TAC y RM



Criterios

Implica que la hemorragia se encuentra inferior a la membrana de Liliequist, aunque la extensión a la cisterna supraselar es común.

Epicentro de la hemorragia troncal anterior (cisterna interpeduncular o prepontina).

Puede extenderse a parte anterior de cisterna ambiens o basal de la cisura silviana.

Ausencia o relleno completo de la cisura interhemisférica.

No más de una mínima cantidad de sangre en la cisura de silvio.

Ausencia de grandes cantidades de hemorragia ventricular (mínimo sedimento en asta occipital de los ventrículos laterales).

Panangiografía cerebral negativa

La ruptura de un aneurisma de la circulación posterior puede simular una hemorragia subaracnoidea aneurismática pretroncal y debe de ser excluido con esta técnica [(Wijdicks1998)].

La indicación de repetición de una angiografía cerebral es controvertido.

Resonancia

La RM no ha aportado datos en la etiología de la hemorragia subaracnoidea pretroncal [(Wijdicks, E F, W I Schievink, and G M Miller. 1998. “Pretruncal Nonaneurysmal Subarachnoid Hemorrhage.” Mayo Clinic Proceedings. Mayo Clinic 73 (8) (August): 745–752. doi:10.4065/73.8.745.)].

Tratamiento

Sintomático

Monitorización cardiaca

Monitorización electrolítica

Seguimiento clínico-radiológico.

La evidencia sugiere que este seguimiento debe ser similar al realizado en pacientes con HSA por

aneurisma, hasta una evidencia clínica y radiográfica de la resolución de vasoespasmo [(Hsu, Wesley, Gustavo Pradilla, Ira M Garonzik, and James E Conway. 2010. “Pretruncal Nonaneurysmal Subarachnoid Hemorrhage Causing Basilar Artery Vasospasm.” Neurocritical Care 13 (2) (October): 256–260. doi:10.1007/s12028-010-9354-1.)].

Pronóstico

Tiene un pronóstico más benigno con menor riesgo de resangrado, vasoespasmo e hidrocefalia.

Cuando la hemorragia subaracnoidea se extiende más allá del área perimesencefálica, los riesgos y la posibilidad de encontrar un aneurisma aumenta.

Aunque puede existir vasoespasmo difuso y severo [(Schievink, Wouter I., Eelco F. M. Wijdicks, and Robert F. Spetzler. 2000. “Diffuse Vasospasm After Pretruncal Nonaneurysmal Subarachnoid Hemorrhage.” American Journal of Neuroradiology 21 (3) (March 1): 521–523.)].

Pueden presentar hiponatremia o complicaciones cardiacas.

Informe de alta

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Paciente: [Nombre y apellidos]Fecha de ingreso: [dd/mm/aaaa]Fecha de alta: [dd/mm/aaaa]Número de historia clínica: [XXXXXXX]

Motivo de ingreso

Paciente que ingresa por cefalea de inicio súbito, de gran intensidad, sin antecedentes traumáticos recientes, compatible con síndrome de hemorragia subaracnoidea.

Antecedentes personales

(Se detallan antecedentes médicos relevantes, alergias, tratamientos crónicos, hábitos tóxicos, etc.)

Exploración física al ingreso

Paciente consciente y orientado, Glasgow Coma Scale (GCS): [XX/15].

Presión arterial: [XXX/XX] mmHg.

Exploración neurológica sin focalidad.

Rigidez de nuca (+/-).

Pruebas complementarias

TAC craneal sin contraste: hemorragia subaracnoidea perimesencefálica sin evidencia de hidrocefalia.

Angio-TAC cerebral: sin evidencia de malformaciones vasculares, aneurismas u otras lesiones secundarias.

Punción lumbar: realizada en caso de TAC inicial negativo, con evidencia de xantocromía en LCR.

Arteriografía cerebral: sin hallazgos sugestivos de sangrado activo o anomalías vasculares.

Evolución clínica

El paciente ha permanecido estable durante su estancia hospitalaria, sin deterioro neurológico ni signos de resangrado. Se ha mantenido normotenso y bien hidratado, sin desarrollo de hidrocefalia en controles seriados.

Tratamiento durante el ingreso

Reposo relativo.

Control tensional (si precisa).

Analgesia con paracetamol/AINES +/- opioides según necesidad.

Bloqueo de canales de calcio (nimodipino 60 mg c/4h) para prevención de vasoespasmo.

Trombo-profilaxis con heparina de bajo peso molecular (si está indicado).

Plan al alta

Medicación:

Nimodipino 60 mg c/4h durante 21 días.

Analgesia según necesidad.

Control estricto de la presión arterial.

Recomendaciones generales:

Evitar esfuerzos físicos intensos.

No consumir alcohol ni tabaco.

Mantener una adecuada hidratación.

Vigilar la aparición de cefalea intensa, vómitos o alteraciones neurológicas (consultar de urgencia si aparecen).

Seguimiento:

Revisión en consulta de neurocirugía/neurovascular en 4-6 semanas con nueva evaluación clínica y, si se considera necesario, angio-RM de control.

Control de factores de riesgo cardiovascular con su médico de atención primaria.

Pronóstico

El pronóstico de la hemorragia subaracnoidea perimesencefálica angiográficamente negativa es generalmente bueno, con bajo riesgo de resangrado y excelente recuperación funcional en la mayoría

de los casos.

Médico responsable: [Nombre y apellidos]Servicio de NeurocirugíaHospital [Nombre del hospital]

Fecha: [dd/mm/aaaa]

Bibliografía

1)

Rinkel, G J, E F Wijdicks, M Vermeulen, L M Hageman, J T Tans, and J van Gijn. 1990. “Outcome in Perimesencephalic (nonaneurysmal) Subarachnoid Hemorrhage: a Follow-up Study in 37 Patients.” Neurology 40 (7) (July): 1130–1132.

From:
https://neurosurgerywiki.com/wiki/ - **Neurosurgery Wiki**

Permanent link:
https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=hemorragia_subaracnoidea_perimesencefalica_angiograficamente_negativa

Last update: **2025/03/20 17:05**