

Reanimación durante vasoespasmo, bajo metas de flujo cerebral evaluadas con ultrasonido Doppler transcraneal (DTC), en hemorragia subaracnoidea aneurismática: Reporte de un caso

Cecilia González^{1*}, Pía Contreras¹, Daniel Valenzuela¹, Eduardo Kattan¹, Guillermo Bugedo¹.

1. Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile.

*Correspondencia: cigonzalez5@uc.cl

Introducción: La hemorragia subaracnoidea (HSA) es una emergencia neurológica, de alta mortalidad, donde tanto su presentación clínica, como complicaciones asociadas, requieren un alto nivel de sospecha y monitorización para lograr un manejo precoz y adecuado. **Desarrollo del caso:** Paciente de 65 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de cefalea ictal de alta intensidad en zona occipital, asociada a vómitos. Ingresa a servicio de urgencias en Glasgow coma scale (GCS) 15, sin déficit neurológico focal. Se estudia con imágenes que evidencian HSA Fisher IV asociada a aneurisma gigante de ACM izquierda roto. Considerando el tamaño y ubicación, se realizó clipaje quirúrgico a las 48 horas post ingreso, logrando excluir de manera exitosa el aneurisma. Al día 7° post HSA se detecta leve paresia en hemicuerpo derecho, secundario a vasoespasmo leve, el cual se maneja con angioplastia química con verapamilo. El día 12° post HSA evoluciona con afasia, manejándose con volemicación con cristaloideos más noradrenalina, y angioplastia química con verapamilo y milrinona. Posterior a procedimiento, hay resolución de afasia, sin embargo persiste en GCS 11-12 y requerimientos de noradrenalina hasta 1.5 µg/kg/min. Además, se evidencia un síndrome perdedor de sal, con pérdidas hasta 80 g Na en 24 horas. Se evalúa con ultrasonido Doppler transcraneal (DTC) arteria cerebral media (ACM) izquierda evidenciándose Velocidad media (Vm) normales, pero con índice de pulsatilidad (IP) >1.2. Se reanima bajo metas de normalización de IP, con mejoría de velocidades diastólicas y relación IP, posterior a volemicación y disminución de dosis de noradrenalina (Figura 1). Una vez corregida precarga y noradrenalina en 0,4 µg/kg/min, se inicia milrinona a 0,1 µg/kg/min, evidenciando mejoría de velocidades diastólicas a las 2 horas y normalización de clínica neurológica en evaluación a las 24 horas. La paciente tiene una evolución posterior satisfactoria, con recuperación del nivel de conciencia y sin nuevos episodios de déficit neurológico. **Discusión:** El vasoespasmo es una complicación prevalente en HSA de mayor grado. La angioplastia química o mecánica es fundamental para su resolución. Sin embargo, posterior a ésta, la normalización de velocidades medias de ACM, no necesariamente refleja un flujo óptimo del territorio cerebral. La milrinona sistémica ha tomado relevancia en manejo de vasoespasmo, incluso no asociada a angioplastia. Sin embargo, esto requiere que no haya compromiso cardíaco grave u otra inestabilidad hemodinámica significativa. En este contexto, toma relevancia la evaluación conjunta de la clínica y neuromonitoreo como el DTC, para reanimar bajo metas dinámicas de flujo cerebral, como el IP y velocidades diastólicas de ACM.

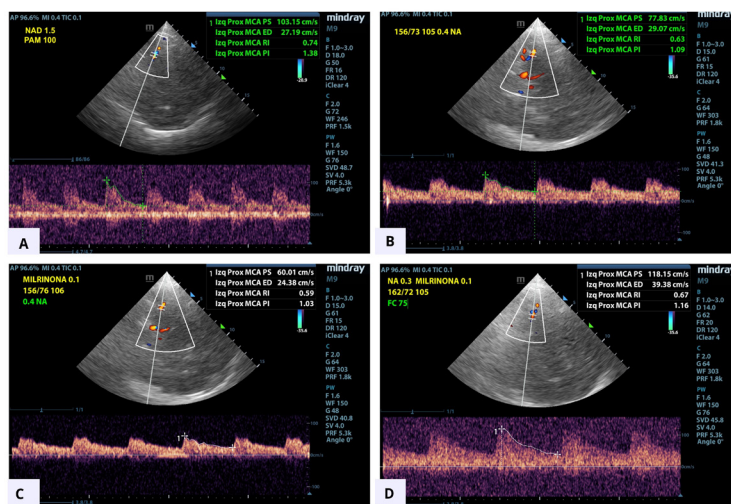


Figura 1: A: medición hrs post angioplastia previo reanimación fluidos, B: medición hrs post angioplastia con precarga corregida, C: medición 0 hrs post angioplastia y 2 hrs post inicio milrinona, D: medición 4 hrs post angioplastia.