

## Presentación de Caso

### Hemorragia Subaracnoidea no traumática en adulta mayor de 64 años.

**Autores:** [Dr. Robin Radámes Carballo Espinosa\\*](#), Dra. Laura Rosa García Higuera\*, Dr. René B. Padrón Alfonso\*\*

\*Especialista de 1er grado en Medicina General Integral, Especialista de 1er grado en Gerontología y Geriátría, Máster en Longevidad Satisfactoria.

\*\*Especialista de 1er grado Cardiología.

**Editorial:** Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.  
CP 10400.

[geroinfo@infomed.sld.cu](mailto:geroinfo@infomed.sld.cu)

Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud"

---

### Summary

A case of an adult over 64 years, with multiple cardiovascular risk factors, with personal antecedent of chronic ischemic heart disease, treated surgically in 1997 and carries a Progressive Worsening Unstable Angina, which is performed emergency Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, and presenting secondarily a Subarachnoid Hemorrhage and underwent surgery with a good outcome.

**Key words:** Ischemic heart disease, Angioplasty, Transluminal, Percutaneous Coronary. Subarachnoid Hemorrhage.

---

### Resumen

Se presenta el caso de una adulta mayor de 64 años, con múltiples factores de riesgo cardiovascular, con antecedente patológico personal de Cardiopatía Isquémica, tratada quirúrgicamente en el año 1997 y portadora de una Angina Inestable de Empeoramiento Progresivo, a la que se le realiza de urgencia una Angioplastia Coronaria Transluminal Percutanea y presentando secundariamente un Hemorragia Subaracnoidea, intervenida quirúrgicamente y con una buena evolución clínica.

**Palabras claves:** Cardiopatía Isquémica, Angioplastia Coronaria Transluminal Percutanea. Hemorragia Sudaracnoidea.

---

### Presentación del caso

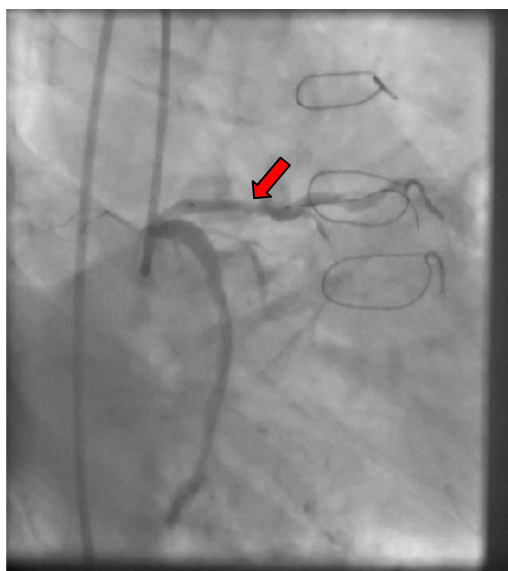
Femenina de 64 años de edad, blanca, Antecedentes Patológicos Personales de Hipertensión Arterial, Dislipidemia, Cardiopatía Isquemica, con dos Bypass aortocoronarios realizados en el año 1997, de las arterias Descendente Anterior y Circunfleja, utilizando para ellos Arteria

Mamaria Interna y Vena Safena respectivamente. Buena evolución clínica con independencia para la realización de las actividades básicas e instrumentadas del diario vivir.

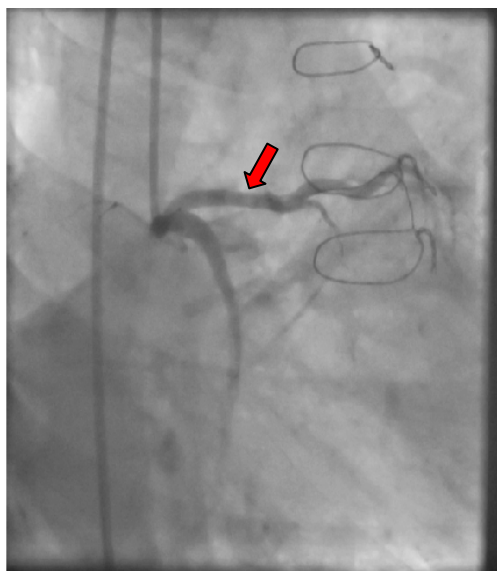
Desde enero 2011 comenzó dolor precordial, y en la región interescapular que se presentaba cada vez a esfuerzos menores llegando a ser en reposo y ha requerir incrementar la dosis de vasodilatadores coronarios (nitratos), interpretándose el cuadro clínico como una Angina Inestable Progresiva, proponiéndose estudio Angiografico de las arterias coronarias.

La paciente se encontraba cumpliendo el tratamiento con anticoagulante, Enoxaparina sódica (Clexane) 40 mg subcutáneos una vez al día, doble antiagregación plaquetaria con Ácido Acetilsalicílico 125 mg diarios y Clopidogrel 75 mg diarios, la que se incremento a 300 mg el día de la Angiografía.

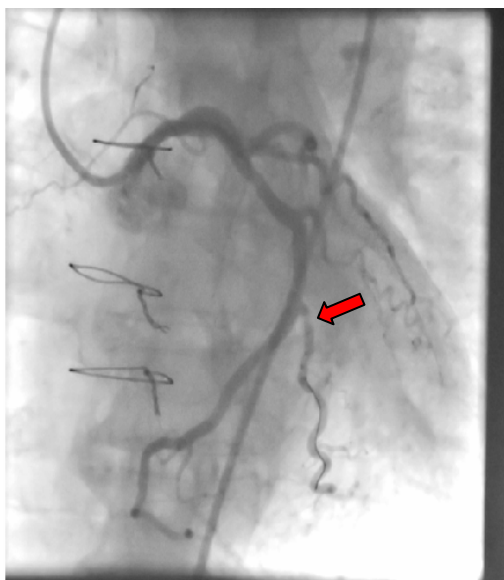
La Angiografía Coronaria se le practicó el día 15 de marzo diagnosticándose una oclusión significativa en los dos Bypass coronarios por lo que se procedió a realizar una Angioplastía Coronaria Transluminal Percutanea (ACTP) y la colocación de dos stents lográndose una reperusión coronaria completa. Durante la intervención coronaria la paciente solo presentó un discreto rash eritematoso a nivel del cuello que desapareció con el uso de 25 mg de difenhidramina.



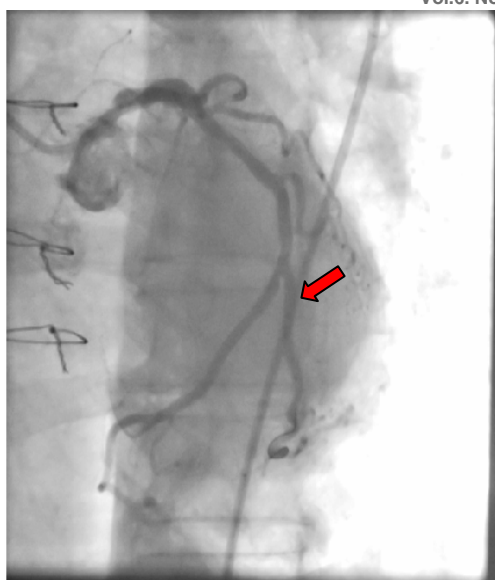
Arteria Descendente Anterior antes de la ACTP



Arteria Descendente Anterior después de la ACTP



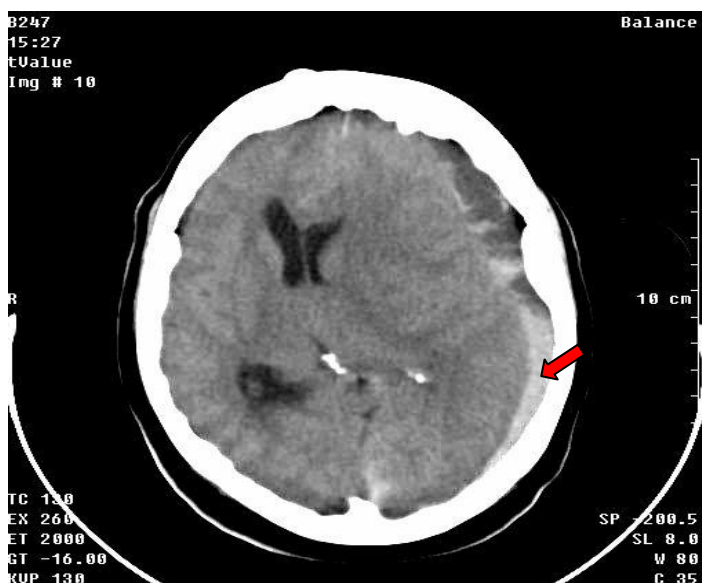
Arteria Circunfleja antes de la ACTP.



Arteria Circunfleja después de la ACTP.

En la evolución inmediata posterior a la ACTP la paciente refirió cefalea intensa que fue necesario medicar con 600 mg de Dipirona. Cardiovascularmente evolucionó muy bien, desapareció el dolor precordial, la Tensión Arterial y Frecuencia Cardíaca se mantuvieron dentro de los parámetros normales.

La cefalea fue aumentando progresivamente en intensidad a pesar del tratamiento médico con analgésicos, a las 72 horas se acompañó de fotofobia, vómitos, Estado Confusional Agudo, Hemiparesia derecha, embotamiento del estado de conciencia. Con estos elementos clínicos y ante la sospecha de presentar una complicación neurológica se le realiza de urgencia una Tomografía Axial Computarizada del cerebro diagnosticándose un Hemorragia Subaracnoidea Parieto-Occipital izquierdo, con desplazamiento del sistema ventricular a la derecha, por lo que se decide intervenir quirúrgicamente.



La paciente durante el transoperatorio se mantuvo hemodinamicamente estable, con una buena recuperación, inmediatamente al evacuar el Hematoma Subdural la paciente recobra su estado normal de conciencia, desapareciendo la cefalea, el Estado Confusional Agudo y la Hemiparesia derecha.

---

## Discusión

Consideramos que esta paciente es portadora de una enfermedad aterosclerótica, con múltiples factores de riesgo vascular como son la obesidad, el sedentarismo, exfumadora, personalidad de tipo A, antecedentes familiares de primer grado de Cardiopatía Isquémica, Dislipidemia, con una Hipertensión Arterial y con un debút de una Cardiopatía Isquémica a una muy temprana edad en una mujer, lo que traduce el mal estado estructural en que se encuentra su sistema vascular, lo que la hace susceptible ante cualquier intervencionismo a presentar alguna de sus complicaciones.

La incidencia de patología neurológica secundaria al intervencionismo cardiaco oscila entre el 0,01 % y el 0,4% de los procedimientos.

Los cuadros clínicos más frecuentes son la enfermedad cerebrovascular (ECV), los síndromes neurooftalmológicos y, en menor medida, las neuropatías periféricas, por afectación de los nervios mediano, femoral, femorocutáneo y el plexo lumbar. Los mecanismos habituales de producción son la isquemia cerebral, de origen embólico por la formación de coágulos dentro del catéter de inyección, o la embolia de restos ateroscleróticos hacia la circulación cerebral, y

menos frecuente la hemorragia secundaria a anticoagulación y la compresión directa de los nervios periféricos (en el caso de las afecciones periféricas). Otra causa que puede provocar Enfermedad Cerebrovascular es la neurotoxicidad del contraste, por el uso de altas dosis del mismo en estudios prolongados, que aunque es poco frecuente, es necesario tenerlo en cuenta en tanto puede producir convulsiones, ceguera cortical, y amnesia general transitoria.

El diagnóstico y la localización de las afecciones se realiza mediante el examen físico y la realización de estudios radiológicos avanzados como la Tomografía Axial Computarizada y las Resonancia Magnética Nuclear.

Estas complicaciones en un alto porcentaje de los casos son transitorias y totalmente reversibles, sin dejar secuelas para el paciente.

La Angioplastía Coronaria Transluminal Percutanea (ACTP) produce un importante daño en la pared arterial con depósito de plaquetas y formación de trombos de fibrina en la misma.

El proceso de la trombosis coronaria requiere de activación plaquetaria y generación de la trombina. La activación plaquetaria y la trombosis aguda que producen serias complicaciones isquémicas ocurren en un 4% a 11% de los procedimientos de Angioplastía a pesar del empleo rutinario de Ácido Acetilsalicílico y de Heparina.

La morbilidad por el cierre abrupto del vaso permanece alta con una incidencia de Infarto del Miocardio del 20% y una mortalidad del 8%.

La trombosis juega un papel muy importante en las complicaciones de procedimientos intervencionistas como oclusión aguda y re-estenosis. Es por ello que en los últimos años los mayores esfuerzos han estado dirigidos a potenciar el tratamiento farmacológico antitrombótico. El estudio CLASSICS demostró que el clopidogrel con Acido Acetilsalicílico (AAS) es superior a la Ticlopidina con AAS, concluyendo que es un fármaco seguro y necesario en la prevención de trombosis de stent después de una angioplastía coronaria.

La utilización de fármacos antitrombóticos cada vez más potentes incrementa el riesgo de complicaciones hemorrágicas, así lo demostraron diversos estudios en pacientes con Síndrome Coronario Agudo, por ejemplo: el ACUITY (Acute Catheterization and Urgent Intervention Triage Strategy), el OASIS- 5 (Organization to Assess Strategies in Acute Ischemic Syndromes), CRUSADE (Can Rapid Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes with Early Implementation of the ACC/AHA Guidelines).

Esta plenamente demostrada la utilidad de estos medicamentos antitrombóticos en pacientes sometidos a terapias de revascularización miocárdica, e igualmente se hace necesario tener en cuenta los efectos adversos de los mismos, así como la particularidad de cada paciente y la respuesta individual a los mismos.

Conociendo que las causa más frecuente de Hemorragia Subaracnoidea es el trauma cráneo-encefálico y de las no traumáticas es la ruptura de un aneurisma ( $\pm 80\%$  de los casos), malformaciones vasculares (malformaciones arteriovenosas, cavernomas, fístulas arteriovenosas), drogas de abuso como cocaína, simpálicomiméticos, anticoagulantes y fibrinolíticos, no somos absolutos en este caso al encontrar una causalidad directa entre el uso de tratamiento anticoagulante y antifibrinolíticos y la aparición de la Hemorragia Sudaracnoidea ya que la paciente puede haber sufrido la ruptura de un aneurisma o presentar alguna malformación vascular, hecho que no se pudo corroborar al no realizar oportunamente una Angiografía cerebral, examen que se difirió a solicitud de la paciente para otro momento.

---

## Bibliografía

1. Ángel G. Obregón Santos. Complicaciones médicas y vasculares. Manual de Cardiología Intervencionista. 232-252. 2010.
2. Padilla-Padilla F y cols. Nadroparina cálcica y clopidogrel en pacientes con stents en ICP. Rev Mex Cardiol. 2003; 14 (4): 111-117
3. Menhra NR, Pocock S, Stone G, Clayton T, Dangas GB, et al. Associations of mayor bleeding and Myocardial infarction which the incidence and timing of mortality in patients presenting whith non - ST – elevation acute coronary syndromes: a risk model from ACUITY trial. Eur Heart J. 2009, 30: 1457 - 1466.
4. Budaj A, Eikeelboom JW, et al. Improving clinical outcomes by reducing bleeding in patients with non- ST- elevation acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2009, 30: 655 - 661.
5. Subherwal S, Bach RG, et al. Baseline risk of mayor bleeding in non- ST- elevation myocardial infarction. Circulation 2009, 119: 1873 – 1882.

6. Jordi J, Ibáñez-Nolla A, Miquel Nolla-Salas A, et al. Hemorragia subaracnoidea y clopidogrel. *Medicina Clínica* Vol.119 Núm. 04. Citado 4 junio 2011. Disponible en: [http://www.doyma.es/revistas/ctl\\_servlet?\\_f=7064&ip=200.55.140.134&articuloId=13033985&revistaid](http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&ip=200.55.140.134&articuloId=13033985&revistaid).
7. Martín Luengo C. Angina inestable en el anciano: ¿están justificadas las diferencias en las estrategias diagnósticas y terapéuticas? El concepto del «viejo joven» y el «viejo viejo». *Rev Esp Cardiol*. 2000;53:899-902. - Vol.53 Núm 07. Citado 4 de junio 2011. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/revistas/revista-esp%C3%B1ola-cardiologia-25/angina-inestable-anciano-estan-justificadas-las-diferencias-10489-editoriales-2000>.
8. Dukkupati S, O´Neill WW, Harjai KJ, et al. Characteristics of Cerebrovascular Accidents after Percutaneous Coronary Interventions. *Am Coll Cardiol*. 2004, 43: 1161-7. Citado 4 de junio 2011. Disponible en: [http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.sciencedirect.com/whalecom0/science?\\_ob=ArticleListURL&\\_method=list&\\_ArticleListID=1706629577&\\_sort=r&\\_st=13&view=c&\\_acct=C000049744&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=2778716&md5=265e7e44e8d55fd92dcb5b4914c801f5&searchtype=a](http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.sciencedirect.com/whalecom0/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=1706629577&_sort=r&_st=13&view=c&_acct=C000049744&_version=1&_urlVersion=0&_userid=2778716&md5=265e7e44e8d55fd92dcb5b4914c801f5&searchtype=a)