

SECCION RADIOGRAFICA Y TOMOGRAFICA

Dr. Manuel de Jesús Troncoso B.

Profesor de Radiología de la UNPHU.

Jefe del Servicio de Rayos X del Hospital Infantil Robert
Reid Cabral.

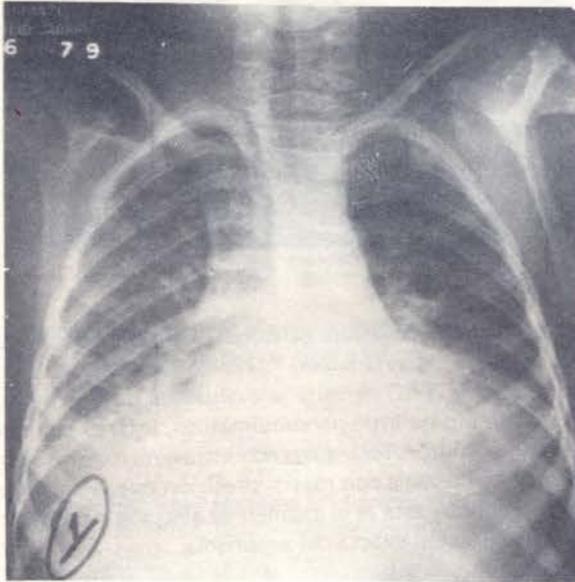
Radiólogo de la Clínica Abreu.

Dr. José Miguel Paliza

Neuroradiólogo, Servicio de Neuroradiología

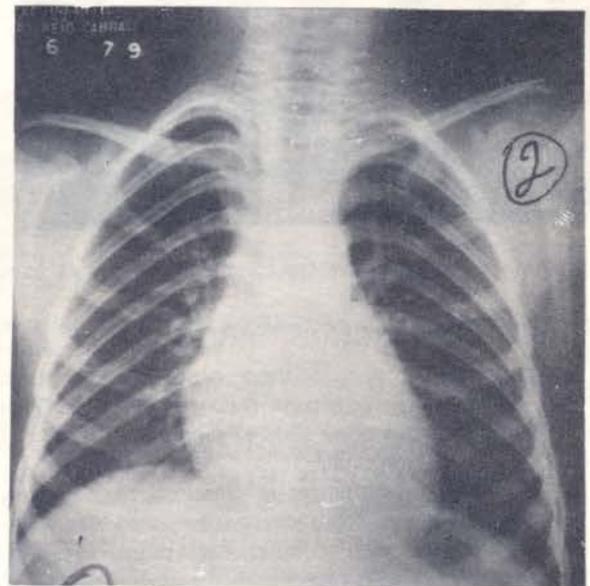
Hospital Dr. Luis E. Aybar.

Director Médico, Diagnóstico Médico Computarizado.



Radiografía No. 1:

Paciente masculino de 8 años de edad con glomerulonefritis aguda, quien presenta disnea, estertores húmedos bilaterales, matidez a nivel de las bases pulmonares y ritmo de galope.



Radiografía No. 2:

El mismo paciente de la radiografía No. 1, quien después de 6 días de tratamiento médico está en buen estado general. Pulmones claros y ritmo cardíaco normal.

(Ver Reporte del Radiólogo en la Página 140)

LA TOMOGRAFIA AXIAL EN LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA:

Reporte de Caso

* Paliza, J. M.

** Carrasco, A.

*** Puello, J. J.

HISTORIA CLINICA:

Paciente femenina de 51 años, sin antecedentes particulares, quien es referida para TAC por presentar cefaleas y vómitos de inicio súbito seguidos de coma I-II y hemiparesis derecha.

* Neuroradiólogo—Diagnóstica, S. A.

** Neurólogo.

*** Neurocirujano.

TAC:

La TAC pone en evidencia una colección hemática a nivel de la cisura de Silvio en el lado derecho, asociada a un hematoma en el parénquima del polo temporal derecho.

La localización y las características de la colección hemática sugieren un origen secundario a la ruptura de una malformación vascular; puesto que no se trata de una localización habitual de un hematoma intracerebral espontáneo.

Se intervino la paciente, eliminándose coágulo en la cisura de Silvio y a nivel del polo temporal y 6 días después se practicó una arteriografía carotídea que puso en evidencia un aneurisma de la bifurcación Silvana derecha (Fig. 3), el cual fue tratado quirúrgicamente.

DISCUSION:

Varios autores recomiendan la utilización de la TAC como primer método diagnóstico en las hemorragias subarac-

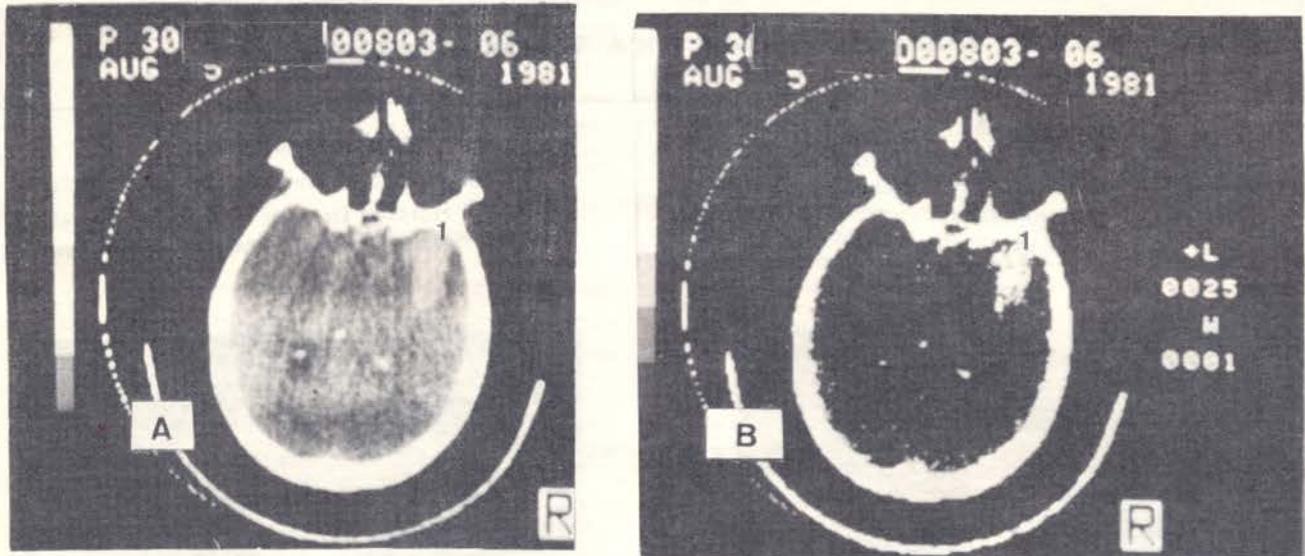


FIG. No. 1: 1-A: Hematoma en la cisura de Silvio (1) lado derecho. 1-B: Densidad \pm 25 UH (sangre fresca).

noideas, dentro de las primeras 48 horas que siguen al sangrado.¹

Algunos recomiendan, inclusive, no practicar la punción lumbar² pero esto no es generalizado ya que, según Davis³ en un 25 o/o de casos no se observa sangre en la TAC y sí en el LCR a la punción lumbar.

La TAC permite visualizar la presencia de sangre en las cisternas y, en función de su localización, predecir la situación del aneurisma^{1,2,4,5,6}, aunque este patrón es más específico cuando existe una hemorragia intra-parenquimatosa asociada.⁷

En la región de la comunicante posterior y del tronco basilar es menos frecuente la visualización de sangre cisternal⁷ a diferencia de las otras localizaciones donde es visible en aproximadamente en 60 á 84 o/o de los casos.^{7,8}

La inyección de contraste permite visualizar en ocasiones (33 o/o de casos según Douglas)⁸, el aneurisma.

Así mismo la TAC permite la evaluación de las complicaciones: hematoma intra-parenquimatoso, infarto secundario a espasmo, hidrocefalia, sangrado intraventricular o repetición de la hemorragia con mayor precisión que la angiografía^{2,5,6,8}, aunque ésta es el examen de elección para determinar la localización exacta del aneurisma.

CONCLUSION:

La TAC es el examen ideal para la primera evaluación del paciente con hemorragia subaracnoidea, y la ausencia de morbilidad asociada permite la práctica de exámenes repetidos de control en función de la evolución clínica del pacien-

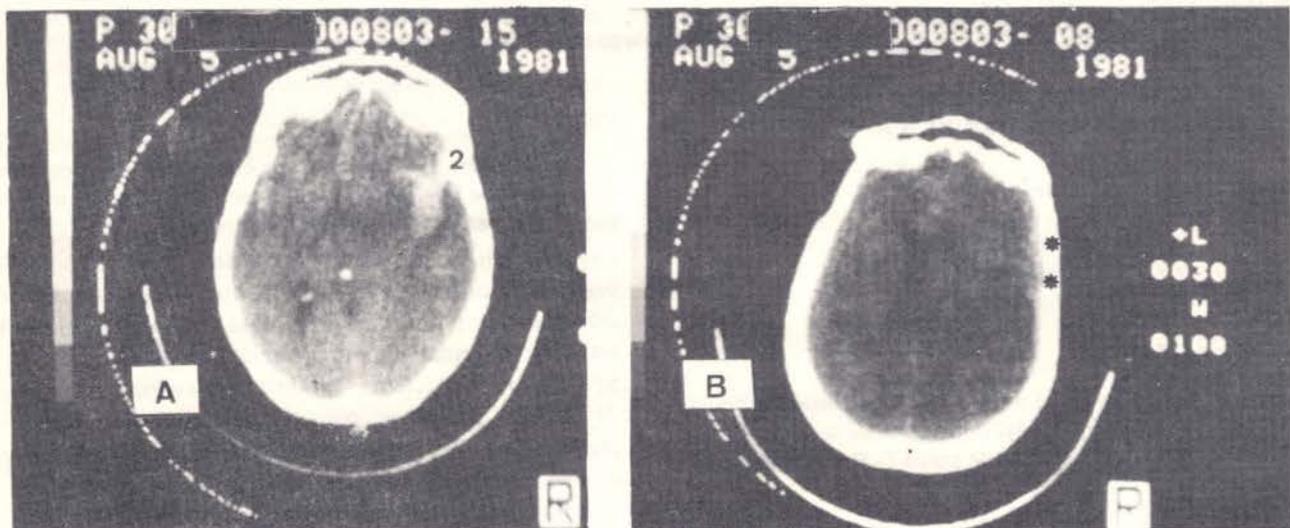


FIG. No. 2: 2-A: Hematoma visible en la cisura y en el lóbulo temporal (2). 2-B: Colección extracerebral (**) sobre la convexidad derecha. Asimismo se observa edema del parénquima con un desplazamiento de las estructuras de la línea media hacia la izquierda y la presencia de sangre extracerebral sobre la convexidad derecha.

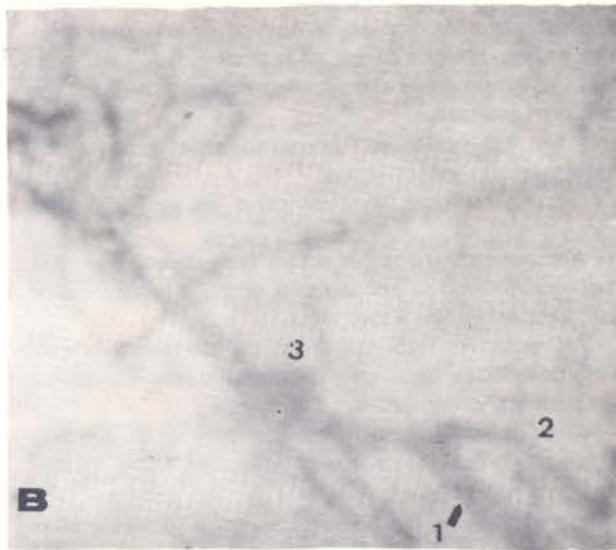
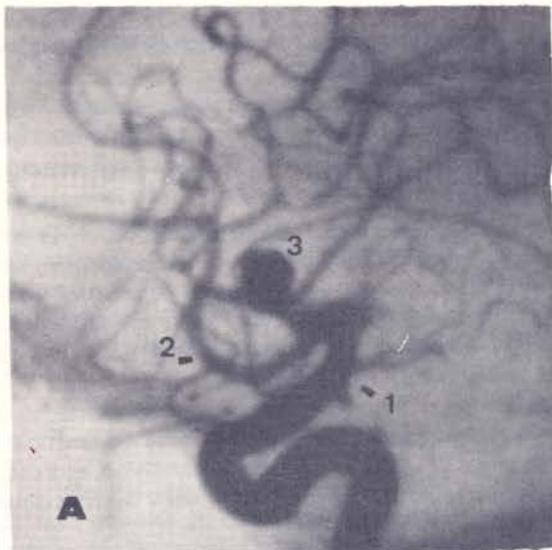


FIG. No. 3: 3—A: Arteriografía carotídea derecha (lateral). 1.— Carótida interna. 2.— Comunicante anterior. 3.— Aneurisma. 3—B: Oblicua anterior derecha (igual numeración).

te, ayudando a localizar el origen probable del sangrado y la presencia de complicaciones asociadas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Lilliequist B and Lindqvist M.: Computed Tomography in the Evaluation of Subarachnoid Hemorrhage. *Acta Radiol (Diagn)* 21:327-331, Fasc. 3, 1980.
- 2.— Scotti G, Ethier R. et al.: Computed Tomography in the Evaluation of Intracranial Aneurysms and Subarachnoid Hemorrhage. *Radiology* 123: 85-90, April 1977
- 3.— Davis J. M., Ploetz J. et al.: Cranial Computed Tomography in Subarachnoid Hemorrhage: Relationship Between Blood detected by

CT and Lumbar Puncture. *J. Comput Assist Tomograph*, Vol. 4 No.6 794-796, December 1980.

4.— Weisberg LA: Computed Tomography in Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. *Neurology* 29: 802-808, June 1979.

5.— Davis J. M., Davis KR and Crowell RM: Subarachnoid Hemorrhage Secondary to Ruptured Intracranial Aneurysm: Prognostic Significance of Cranial CT. *AJR* 134: 711-715, April 1980.

6.— Davis KR, New PFJ et al.: Computed Tomographic Evaluation of Hemorrhage Secondary to Intracranial Aneurysm. *AJR* 127: 143-153, 1976.

7.— Silver AJ et al.: CT of Subarachnoid Hemorrhage due to Ruptured Aneurysm. *AJNR* 2: 13-22, January/February 1981.

8.— Douglas HY and Larson DA: CT of Hemorrhage from Anterior Communicating Artery Aneurysms, With Angiographic Correlation. *Radiology* 134: 399-407, February 1980.