



Reporte de Caso

Cefalea mortal: Aneurisma en espejo a proposito de un caso

Deadly headache: Mirror aneurysm about a case report

Carlos A. Dávila-Hernández^{1,2,a}, Luis F. Arriola-Torres^{1,b}, Jorge E. Moreno-Legua^{1,c}, Carlos A. Carrasco-Farfán^{3,d}, Ramón R. Cámara-Reyes^{3,d}

DOI

<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.153.1375>

RESUMEN

Introducción: Los aneurismas intracerebrales son hallazgos incidentales en estudios de imágenes realizado por otros diagnósticos. **Reporte de Caso:** Paciente femenino de 35 años, que presentó síncope después de cefalea de gran intensidad sin ceder a tratamiento convencional de AINES; con antecedente de cefalea de larga data y tratamiento esporádico. Al examen: neurológico: despierta, asimetría facial, disartria, fuerza muscular disminuida en ambos miembros inferiores, no signos meníngeos; el informe tomográfico cerebral sin contraste indicó: lesiones cerebrales expansivas de etiología a determinar a nivel de ambos lados de diencefalo: descartar glioma vs aneurismas; Angiotac cerebral con contraste, refleja aneurismas de carótida interna intracraneal bilateral y cerebral media (en espejo). Posteriormente la paciente fue evaluada por neurocirujano de turno, quien indica referir a centro de mayor complejidad, por no contar con instrumental necesario para intervención quirúrgica; paciente fallece camino a centro de referencia. **Conclusiones:** Al ser una patología poco frecuente, no es considerada como una primera opción de sospecha diagnóstica tras un evento de cefalea.

Palabras Clave: cefalea, aneurisma, angiografía por tomografía computarizada (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Background: Intracerebral aneurysms are incidental findings in imaging studies performed for other diagnoses. **Case Report:** 35-year-old female patient, who presented syncope after severe headache without yielding to conventional treatment with NSAIDs; with a history of long-standing headache and sporadic treatment. On examination: neurological: awake, facial asymmetry, dysarthria, decreased muscle strength in both lower limbs, no meningeal signs; the brain tomographic report without contrast indicated: expansive brain lesions of etiology to be determined at both sides of the diencephalon: rule out glioma vs aneurysms; cerebral Angiotac with contrast, reflects bilateral intracranial internal carotid and middle cerebral (mirror) aneurysms. Subsequently the patient was evaluated by the neurosurgeon on duty, who indicated to refer to a center of higher complexity, for not having the necessary instruments for surgery; patient died on the way to the referral center. **Conclusions:** Being a rare pathology, it is not considered as a first option for diagnostic suspicion after a headache event.

Keywords: headache, aneurysm, computed tomography angiography (Source: DeCS-BIREME).

FILIACIÓN

1. Hospital IV "Augusto Hernández Mendoza", EsSalud - Ica, Perú.
2. Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" - Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Ica, Perú.
3. Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.
 - a. Médico Internista.
 - b. Médico Neurólogo.
 - c. Médico Pediatra.
 - d. Médico Cirujano.

ORCID

1. Carlos A. Dávila-Hernández / [0000-0003-1737-9873](https://orcid.org/0000-0003-1737-9873)
2. Luis F. Arriola-Torres / [0000-0001-5365-9800](https://orcid.org/0000-0001-5365-9800)
3. Jorge E. Moreno-Legua / [0000-0003-4024-7609](https://orcid.org/0000-0003-4024-7609)
4. Carlos A. Carrasco-Farfán / [0000-0002-7511-2248](https://orcid.org/0000-0002-7511-2248)
5. Ramón R. Cámara-Reyes / [0000-0003-2375-0130](https://orcid.org/0000-0003-2375-0130)

CORRESPONDENCIA

Carlos Alberto Dávila Hernández
Dirección: Calle Los Claveles N° 240 - Urb. La Moderna - Ica, Perú
Teléfono: 955678588

EMAIL

dh39130@hotmail.com

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores niegan conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciamento

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

CADH: Conceptualización, investigación, metodología, supervisión, validación, redacción, visualización, revisión y aprobación.
LFAT: Conceptualización, investigación, metodología, validación, visualización, revisión, edición y aprobación.
JEML: Conceptualización, validación, visualización, revisión, edición y aprobación.
CACF: Conceptualización, investigación, metodología, validación, visualización, revisión, edición y aprobación.
RRCR: Conceptualización, investigación, metodología, validación, visualización, revisión, edición y aprobación.

REVISIÓN DE PARES

Recibido: 08/03/2022
Aceptado: 19/07/2022

COMO CITAR

Dávila Hernández CA, Arriola Torres LF, Moreno Legua JE, Carrasco Farfan CA, Cámara Reyes RR. Cefalea mortal: Aneurisma en espejo a propósito de un caso. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 10 de octubre de 2022 [citado 22 de marzo de 2023];15(3). DOI: [10.35434/rcmhnaaa.2022.153.1375](https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.153.1375)



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.
Versión Impresa: ISSN: 2225-5109
Versión Electrónica: ISSN: 2227-4731
Cross Ref. DOI: 10.35434/rcmhnaaa
OJS: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs>

INTRODUCCIÓN

Los aneurismas intracerebrales son hallazgos incidentales en estudios de imágenes realizado por otros diagnósticos⁽¹⁾. Frecuentemente, la ruptura de un aneurisma es la primera causa de hemorragia subaracnoidea (HSA) de etiología no traumática; considerada a nivel mundial una emergencia neurológica, debido a la alta morbimortalidad⁽²⁾. Se define como aneurisma en espejo o gemelar, aquellos que se presentan en forma bilateral y simétrica dentro del sistema arterial intracerebral; suelen ser diagnosticados cuando uno de ellos se rompe y/o produce síntomas, siendo el contralateral un hallazgo habitualmente incidental⁽³⁾. Un aneurisma no roto puede pasar desapercibido durante toda la vida de la persona; sin embargo, un aneurisma que estalla puede ser fatal o llevar a un accidente cerebrovascular hemorrágico, causa principal de discapacidad o muerte⁽⁴⁾. La cefalea es un síntoma muy frecuente de consulta en los diferentes niveles de atención, en algunos casos se presentan con diagnósticos errados y otras veces con tratamiento inadecuado, que comprometen más la vida de los pacientes⁽⁵⁾. Esto demostraría la importancia de realizar una buena historia clínica y sus respectivos exámenes de apoyo al diagnóstico, que conllevarían a la detección de alguna patología que hasta el momento no se manifiesta en toda su amplitud; o por el contrario para determinar el diagnóstico correcto de la patología que lo aqueja.

REPORTE DEL CASO

Paciente femenino de 35 años de edad, referida del centro de salud Huaytara - Huancavelica a la emergencia del hospital IV "Augusto Hernández Mendoza" - EsSalud - Ica, con 8 horas de enfermedad, por presentar pérdida del conocimiento por un periodo de 20 minutos de duración, precedido por un dolor de cabeza de gran intensidad 10/10 según escala EVA, localizado en región frontal, con irradiación a la región temporo-occipital derecha e izquierda, tipo latido sin relajación de esfínteres, sin sialorrea, sin retroversión ocular, manifestado por acompañante (hermana). Presentándose de manera brusca y sin ceder al tratamiento con AINES vía intramuscular; por lo que es llevada al centro de salud, donde es evaluada y estabilizada para luego ser referida a este hospital. En la emergencia se amplía historia clínica, de manera directa e indirecta, manifestando la paciente que presenta la cefalea desde hace 6 años con tratamiento de diclofenaco 75 mg más dexametasona 4 mg, ambos vía intramuscular condicional al dolor, indicado por médico de centro de salud, por un diagnóstico de migraña, sin realizarse exámenes auxiliares; sin antecedente de Diabetes Mellitus, ni Hipertensión arterial u otra enfermedad crónica. Al examen clínico de ingreso: Presión Arterial (PA): 100/60 mmHg, Frecuencia Cardíaca (FC): 94 lat/min, Frecuencia Respiratoria (FR): 15 resp/min, Temperatura (T°): 36°C, SatO2: 97% con Fio2: 21%. Presenta piel: fría; murmullo respiratorio: bueno en ambos hemitórax; ruidos cardíacos rítmicos; ruidos hidroaéreos: presentes; puño percusión lumbar (-) bilateral; despierta, quejumbrosa, con asimetría facial, disartria, disminución de fuerza en miembros inferiores, no signos meníngeos. Se solicitan exámenes auxiliares, hemograma: leucocitos 13,61/mm³ (VN: 5 - 10/mm³); hemoglobina: 14,1 g/dl (VN: 13 - 16 g/dl); hematocrito: 39,7% (VN: 36 - 45 %); plaquetas: 355/mm³ (VN: 150 - 450/mm³); glucosa: 103 mg/dl (VN: 70 - 110 mg/dl);

urea: 31,3 mg/dl (VN: 5 - 45 mg/dl); creatinina: 0,62 mg/dl (VN: 0,3 - 1,4 mg/dl); sodio: 138 mmol/L (VN: 136 -,145 mmol/L); potasio: 3,88 mmol/L (VN: 3,5 -,5,1 mmol/L); grupo sanguíneo: O y factor Rh: positivo; prueba antigénica para sars-cov-2: no reactiva; sedimento urinario: leucocitos: 2 - 3 por campo, hematíes: 0 - 1 por campo, gérmenes: escasos. Se realiza tomografía cerebral sin contraste, informando presencia de lesión sólida: una de 24 mm x 22 mm y otra de 17 mm x 15 mm ambas redondeadas, ubicadas a ambos lados del diencéfalo, no se logra determinar si son dependientes de hipófisis, no impresionan efecto de masa al momento del examen, tampoco se logra determinar si corresponden a ramas vasculares del polígono de Willis; concluyendo: lesiones cerebrales expansivas de etiología a determinar a nivel de ambos lados del diencéfalo: descartar glioma vs aneurismas (figura A), (figura B). Por lo que se indica monitorización en sala de observación para adultos, y así completar estudios y ser evaluada por neurocirujano de turno; se indica tratamiento para dolor y neuroprotección; paralelamente se solicita Angiotac cerebral con contraste, informando: Imagen hiperdensa de 25 mm x 22 mm en carótida interna intracraneal derecha y cerebral media, así como otra imagen hiperdensa de 17 mm x 15 mm en carótida intracraneal izquierda y cerebral media en relación a aneurismas. Se concluye: aneurisma de carótida interna intracraneal y cerebral media bilateral (en espejo) (figura C), (figura D), (figura E), (figura F); posteriormente es evaluada por neurocirujano, quien después de evaluar clínicamente a la paciente y visualizar los exámenes de imagen, sugiere referir a la paciente a centro de mayor complejidad por no contar con instrumental necesario para la intervención quirúrgica: referencia al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins para tratamiento definitivo.

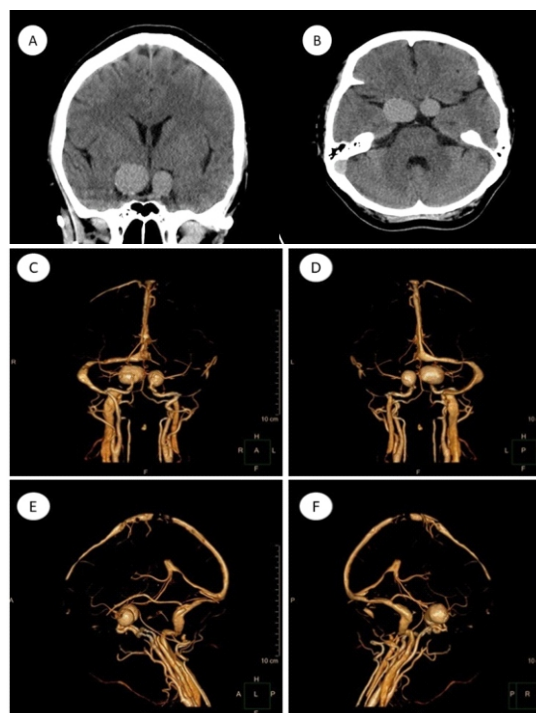


Figura 1.

Imagen de Tomografía cerebral S/C - Corte Coronal (Fig. A), Imagen de tomografía cerebral S/C - Corte horizontal (Fig. B). (Fig. C) Imagen de Angiotac cerebral con contraste - vista anterior; (Fig. D) Imagen de Angiotac cerebral con contraste - vista posterior; (Fig. E) Imagen de Angiotac cerebral con contraste - vista lateral izquierda; (Fig. F) Imagen de Angiotac cerebral con contraste - vista lateral derecha.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kleinloog R, de Mul N, Verweij BH, Post JA, Rinkel GJE, Ruigrok YM. Risk Factors for Intracranial Aneurysm Rupture: A Systematic Review. *Neurosurgery*. 2018; 82(4):431-440. doi: 10.1093/neuros/nyx238.
2. Sweeney K, Silver N, Javadpour M. Subarachnoid haemorrhage (spontaneous aneurysmal). *BMJ Clin Evid*. 2016; 1213.
3. Meissner I, Torner J, Huston J 3rd, Rajput ML, Wiebers DO, Jones LK Jr, Brown RD Jr; International Study of Unruptured Intracranial Aneurysms Investigators. Mirror aneurysms: a reflection on natural history. *J Neurosurg*. 2012; 116(6):1238-41. doi: 10.3171/2012.1.JNS11779.
4. Singer RJ, et al. 2014. Aneurismas intracraneales sin rotura. Disponible desde: <http://www.uptodate.com/home>.
5. Steiner TJ; World Headache Alliance. Lifting the burden: The global campaign against headache. *Lancet Neurol*. 2004; 3(4):204-5.
6. Wolpert SM. On the radiologic diagnosis of cerebral aneurysms with plain films and cerebral angiography: a historical survey. *American Journal of Neuroradiology*. 1995; 16(1):181 - 184.
7. Requejo F, Ceciliano A, Cárdenas R, Villasante V, Jaimovich R, Zúccaro G. Aneurismas cerebrales en la infancia: Un solo nombre para diferentes enfermedades. *Rev. argent. neurocir. Sep 2010*. 24(3).
8. Aguilar Pérez ML. Influence of stents as flow diverters on the hemodynamic conditions of intracranial aneurysms: a CFC study. *Computational Imaging and Simulation Technologies in Biomedicine (CISTIB) Universitat Pompeu Fabra*; 2010.
9. King JT Jr. Epidemiology of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Neuroimaging Clin NAm*. 1997 Nov;7(4):659-668.
10. Liu HJ, Zhou H, Lu DL, Jiao YB, Chen SF, Cheng J, Yao XJ, Ren JY, Li SF, Liu W, Gao JC, Yue Y, Xu JX, Zhang PN, Feng YG. Intracranial Mirror Aneurysm: Epidemiology, Rupture Risk, New Imaging, Controversies, and Treatment Strategies. *World Neurosurg*. 2019; 127:165-175.
11. Rosi Junior J, Gomes Dos Santos A, da Silva SA, Iglesias RF, Caldas JGMP, Rabelo NN, Teixeira MJ, Preul MC, Spetzler RF, Figueiredo EG. Multiple and mirror intracranial aneurysms: study of prevalence and associated risk factors. *Br J Neurosurg*. 2021 Dec; 35(6):780-784. doi: 10.1080/02688697.2020.1817849.
12. Rajagopal N, Yamada Y, Balaji A, Kawase T, Kato Y. Multiples of multiple: Case series of mirror aneurysms and review of literature. *Int J Surg Case Rep*. 2019; 61:141-146. doi: 10.1016/j.ijscr.2019.07.037.
13. Friedman BW, Hochberg ML, Esses D, Grosberg B, Corbo J, Toosi B, Meyer RH, Bijur PE, Lipton RB, Gallagher EJ. Applying the International Classification of Headache Disorders to the emergency department: an assessment of reproducibility and the frequency with which a unique diagnosis can be assigned to every acute headache presentation. *Ann Emerg Med*. 2007 Apr; 49(4):409-19, 419.e1-9. doi: 10.1016/j.annemergmed.2006.11.004.
14. Evans R, Rozen T, Mechtler L. Neuroimaging and the other diagnostic testing in headache. En: Silberstein S, Lipton R, Dodick D. *Wolff's Headache*. 8° ed. Estados Unidos: Oxford University Press; 2008.p.63-93.
15. Lee, Y. J., Parreira, T., Matouk, C. C., Menezes, R., Mandell, D. M., Terbrugge, K. G., ... & Krings, T. Clinical characteristics and preferential location of intracranial mirror aneurysms: a comparison with non-mirror multiple and single aneurysms. *Neuroradiology*. 2015. 57(1), 35-40.
16. Tian, Z., Zhang, Y., Jing, L., Liu, J., Zhang, Y., & Yang, X. Rupture risk assessment for mirror aneurysms with different outcomes in the same patient. *Frontiers in Neurology*. 2016. (7), 219.