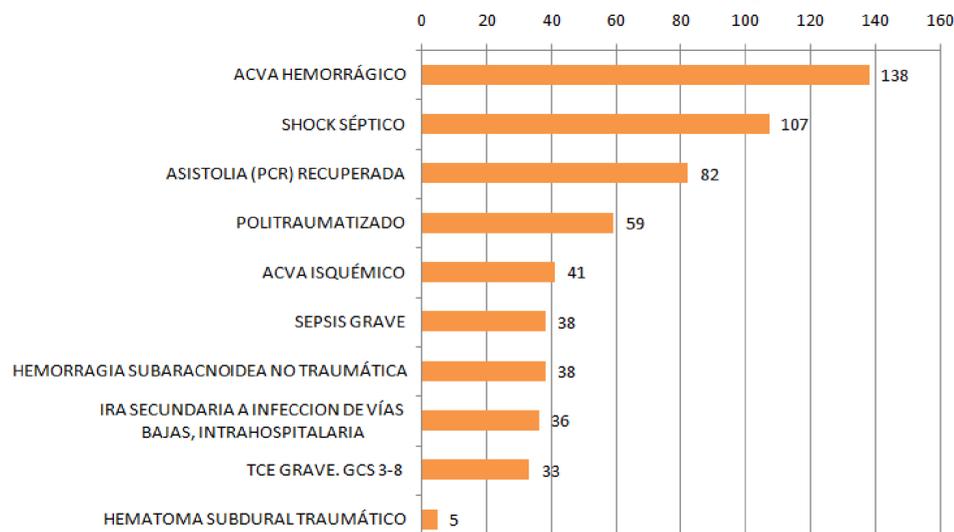


INTRODUCCIÓN

La hemorragia intraparenquimatosa es la hemorragia intracraneal más frecuente y una de las principales causas de mortalidad y morbilidad, con una incidencia global de alrededor de 10-30 casos/100.000 habitantes/año. Se ha demostrado en varios estudios poblacionales que la mayoría de los pacientes tienen pequeñas HIP que presentan un buen pronóstico vital si reciben una adecuada atención médica. Además, es la enfermedad de ingreso en UCI con mayor peso en alta por exitus en el Servicio de Medicina Intensiva del HCUV.

En este trabajo se presentan tres casos clínicos relevantes sobre esta patología.



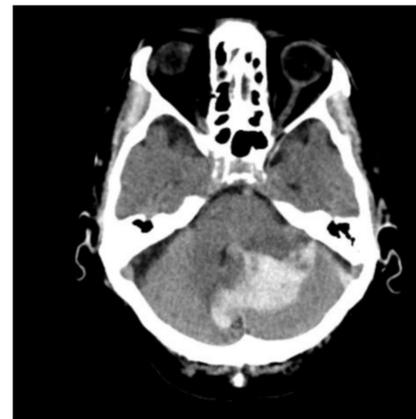
Pareto de Enfermedades de Ingreso en UVI con mayor peso en Alta por Exitus

CASO CLÍNICO 2

Paciente sin antecedentes de interés que avisa al servicio de emergencias por sensación de mareo. Es trasladado desde un hospital comarcal por hemorragia cerebelosa izquierda. A su ingreso está hipertenso (201/95mmHg), con ligera disartria, nistagmo horizontal izquierdo y disimetría de miembros izquierdos. El ECG está en ritmo sinusal con bloqueo completo de la rama izquierda del Haz de His. En el TC se ve hemorragia cerebelosa izquierda que se extiende al espacio subaracnoideo y tentorio izquierdo con edema perilesional que desplaza el IV ventrículo.

Durante su estancia tiene tendencia a la HTA llegando, a precisar la administración de urapidilo intravenoso, y fracaso renal agudo oligúrico que se corrige con sueroterapia.

Es dado de alta a los cinco días de ingreso por mejoría al servicio de neurocirugía para continuar el seguimiento. La puntuación APACHE II es de 15, con una mortalidad esperada del 12%.



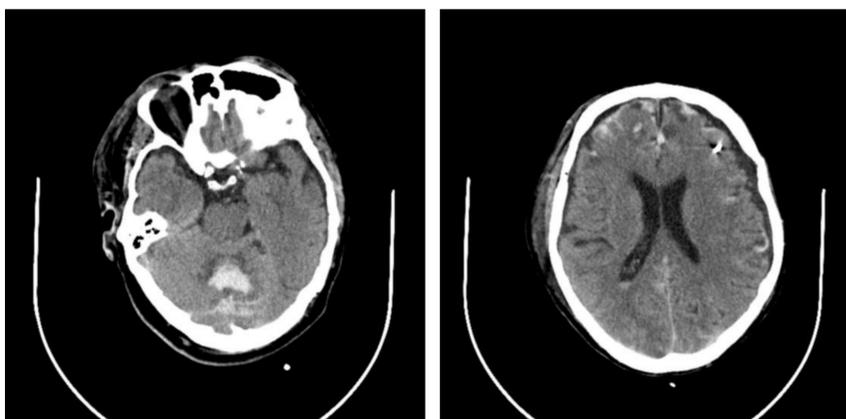
Hemorragia cerebelosa izquierda que desplaza al IV ventrículo

CASO CLÍNICO 1

Paciente con antecedentes de HTA, cardiópata, fumador y bebedor moderado. Sufre pérdida de conocimiento brusca, golpeándose en la cabeza. Es trasladado desde un hospital general sin neurocirugía y a su llegada al servicio de urgencias presenta un nivel de consciencia GCS 8/15. En las imágenes del TC se objetiva un hematoma intraparenquimatoso vermiano, fruto de un probable ACVA primario, y un hematoma bifrontal junto con hemorragia subaracnoidea postraumática abierta a ventrículo lateral y neumocéfalo que serían consecuencia del TCE secundario a la caída.

Además, según el registro del EEG, sufre una encefalopatía leve-moderada como secuela de la hemorragia. Durante su ingreso en la UCI presenta como complicaciones una bacteriemia primaria por *E. faecalis* y una traqueobronquitis purulenta por *Enterobacter*, *Klebsiella* y *S. aureus*.

Es dado de alta a los veinte días por mejoría a la planta de neurocirugía para continuar con su recuperación, aunque existe un alto riesgo de secuelas neurológicas importantes. La puntuación APACHE II de este paciente es de 20, con una mortalidad esperada del 16%.



Hematoma vermiano.

Sangrado en ventrículo lateral derecho.



Hemorragias intraparenquimatosas y subaracnoideas

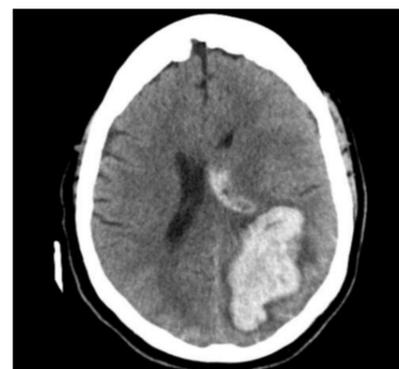
CASO CLÍNICO 3

Paciente con antecedentes de HTA, dislipemia, cardiopatía isquémica crónica, FA y neoplasia hepática tratada con cirugía y quimioterapia. Avisa a emergencias por mareo y cefalea brusca. A la llegada a su domicilio tenía una crisis hipertensiva, desorientación, afasia y vómitos.

Al ingreso continúa hipertenso y con un nivel de consciencia GCS 13-14. El ECG está en FA a 40lpm. En el TC se ve hematoma intraparenquimatoso parietooccipital izquierdo, con discreto edema perilesional, abierto a ventrículos y con efecto masa, colapsando parcialmente el ventrículo lateral ipsilateral y provocando desplazamiento de línea media. Hay una pequeña banda de hematoma subdural asociado.

El cuarto día de ingreso empeora clínicamente, por lo que se evacúa el hematoma por parte de neurocirugía. Durante el ingreso muestra tendencia a la HTA que precisa urapidilo intravenoso. Presenta un edema agudo de pulmón y fracaso renal agudo oligúrico como consecuencia de la FA. El weaning es complicado. Además, a nivel infeccioso desarrolla una ITU y una neumonía asociada a ventilación mecánica.

Es dado de alta por estabilización con un GCS 12-13 al servicio de neurocirugía para continuar con la recuperación. La puntuación APACHE II es de 18, con una mortalidad esperada del 19%.



Hematoma intraparenquimatoso parietooccipital izquierdo, colapso del ventrículo lateral y desplazamiento de la línea media.

CONCLUSIONES

1. La HIP es una patología de gran relevancia en un servicio de Medicina Intensiva, ya que presenta una alta mortalidad.
2. Los pacientes con HIP deben ser tratados rápidamente tras la realización de una prueba de neuroimagen precoz puesto que la mortalidad es más elevada en los primeros días tras el sangrado.
3. Ante una HIP que se presenta en un paciente con síncope y TCE asociado es importante plantearse la posibilidad de que no todas las lesiones sean consecuencia del traumatismo.
4. La localización de las lesiones visibles externamente, como hematomas y fracturas faciales, pueden ser de gran ayuda a la hora de diferenciar las HIP espontáneas primarias de las que son secundarias a traumatismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hemphill JC 3rd, Greenberg SM, Anderson CS, Becker K, Bendok BR, Cushman M et al.; on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Clinical Cardiology. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2015;46:2032-2060.
2. Ferrete-Araujo AM, Egea-Guerrero JJ, Vilches-Arenas Á, Godoy DA, Murillo-Cabezas F. Predictores de mortalidad y mal resultado funcional en la hemorragia intraparenquimatosa espontánea grave: estudio prospectivo observacional. *Med Intensiva* [Internet]. 2015 [citado 7 de abril 2017]; 39(7): 422-32. Disponible en <http://www.medintensiva.org/es/content/articulo/S0210569114002484/>.