



Paciente joven con disminución del nivel de consciencia

Rivas Del Valle P.A, De los Ríos Álvarez AM^a, García Tirado MC, Puga Montalvo E, Soria García C.
Unidad Docente MFyC Granada. Hospital Clínico San Cecilio.

ID: 407

Introducción:

La hemorragia intraparenquimatosa está causada habitualmente por la ruptura de arterias profundas del cerebro, con lo que la sangre penetra en el tejido cerebral y la circulación se interrumpe. Suponen un 15-20% de todos los ACVA y pueden ser consecuencia de la rotura aneurismática, a la rotura de una pared quebradiza o a una malformación arteriovenosa.

Descripción sucinta del caso:

Paciente de 37 años con antecedentes de HTA mal controlada y cardiopatía hipertensiva en tratamiento, el cual la familia ignora, que es derivada a urgencias tras encontrarla sus vecinas dentro de la bañera inconsciente. A su llegada mal estado general con Glasgow 8. TA 216/173 Destaca



pupila derecha midriática con pupila izquierda con miosis arreactiva. Hipoperfusión periférica con cianosis e hipotermia de 30°C.

El TAC objetiva gran hematoma intraparenquimatoso con apertura al sistema ventricular y escaso edema perilesional.

Se controlaron cifras tensionales y se realizó drenaje urgente ventricular externo y craneotomía para evacuación de hematoma con evolución tórpida y resangrado.

En UCI evolución desfavorable. Tras 10 días, según la Ley de Muerte Digna, se decide la limitación de soporte vital, de acuerdo con familia. Se propone donación en asistolia que familia acepta.



Estrategia práctica de actuación:

La principal causa de hemorragia intraparenquimatosa (HIP) es la hipertensión arterial. La HTA crónica provoca cambios degenerativos a nivel de las paredes arteriales que dan lugar a la aparición de aneurismas. Por otra parte, elevaciones bruscas de la presión arterial también son responsables de HIP, bien por vasoconstricción aguda o bien por el aumento del flujo sanguíneo cerebral. Varios son los factores implicados en el pronóstico vital y funcional tras una HIC, siendo el más importante el nivel de consciencia al inicio del cuadro, de forma que un Glasgow menor de 9 implican una mortalidad del 90%. También influyen el volumen del hematoma y la localización. En situaciones emergentes la celeridad en la actuación diagnóstica y terapéutica es especialmente importante pudiendo depender la vida de los pacientes de ello.

Bibliografía:

Liu H et al. Optimal treatment determination on the basis of haematoma volume and intra-cerebral haemorrhage score in patients with hypertensive putaminal haemorrhages. BMC Neurol. 2014 Jul 4;14:141.

Feldstein CA. Early treatment of hypertension in acute ischemic and intracerebral hemorrhagic stroke. J Am Soc hypertens. 2014 Mar;8(3):192-202.

Gould B et al. Autoregulation of cerebral blood flow is preserved in primary intracerebral hemorrhage. Stroke. 2013 Jun;44(6):1726-8.



Palabras-clave: Cerebral Hemorrhage, Coma, Hypertension