



DOI: 10.26820/reciamuc/5.(4).noviembre.2021.343-351

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/753>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Reporte de caso

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 343-351







Hemorragia intracraneal. Caso clínico en Hospital Clínica San Francisco

Intracranial hemorrhage. Clinical case at Hospital Clínica San Francisco
Hemorragia intracraniana. Caso clínico no Hospital Clínica San Francisco

María Belén Oña Franco¹; Andrea Jakeline Adrián Cajas²; Martín Federico García Arteaga³; June Dennisse Bohórquez Garces⁴

RECIBIDO: 15/09/2021 **ACEPTADO:** 05/10/2021 **PUBLICADO:** 29/11/2021

1. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; mabeona1112@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0009-3181-9645>
2. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; andrea-1235@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-7098-5074>
3. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; nitramgarcia13@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-7779-4537>
4. Master Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; dbo-gar547@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-4093-8189>

CORRESPONDENCIA

María Belén Oña Franco
mabeona1112@hotmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La hemorragia intracerebral (HIC) es la formación de una colección de sangre dentro del parénquima cerebral, producida por una rotura vascular espontánea, no traumática. La hemorragia intracranial es la complicación más temida del uso de los anticoagulantes orales, así como la más frecuente y menos tratable. Se presenta caso clínico de paciente masculino de 38 años de edad acude a esta casa de salud desde Hospital Clínica San Francisco sin antecedentes personales, clínicos, quirúrgicos, alérgico o familiares referidos con código de derivación, por presentar cuadro de dolor abdominal difuso post ingesta de alimento. Indica cefalea tipo pulsátil mas parestesias en extremidades que se acompaña de hemiparesia derecha mas episodios de convulsiones de tónico clónicas de duración de 10 minutos hasta cuando cuadro cedía por lo que fue llevado a centro de salud donde ingresan con sospecha de crisis convulsiva donde ha realizado episodios de convulsiones que ceden al uso de diazepam en 4 ocasiones por lo que es referido a esta casa de salud para manejo integral y especializado. responde a un diagnóstico de Hemorragia intracranial con dx hemorragia intraparenquimatosa izquierda. Al momento paciente con Glasgow de 14 puntos, se identifica, trombosis de seno longitudinal superior, de seno longitudinal inferior y Trombosis de confluencia de senos con enfermedad cerebrovascular hemorrágica cerebromeningea tratada con anticoagulantes y sometido a procedimiento terapéutico de trombectomía mecánica por aspiración y se procede a realizar infusión de solución heparinizada. La evolución fue favorable con alta de UCI a los 7 días y alta hospitalaria a los 21 con recomendación de seguimiento neurológico.

Palabras clave: Hemorragia intracerebral, trombosis, trombectomía mecánica por aspiración, anticoagulantes.

ABSTRACT

Intracerebral hemorrhage (ICH) is the formation of a collection of blood within the brain parenchyma, produced by a spontaneous, non-traumatic vascular rupture. Intracranial hemorrhage is the most feared complication of the use of oral anticoagulants, as well as the most frequent and least treatable. We present a clinical case of a 38-year-old male patient who came to this health home from Hospital Clínica San Francisco without personal, clinical, surgical, allergic or family history referred with a referral code, due to presenting a picture of diffuse abdominal pain after ingestion of food. Indicates pulsatile type headache plus paraesthesia in extremities that is accompanied by right hemiparesis plus episodes of clonic tonic seizures lasting 10 minutes until the symptoms subsided, so he was taken to a health center where they are admitted with suspected seizure where he has had episodes of seizures that yield to the use of diazepam on 4 occasions for which he is referred to this health home for comprehensive and specialized management. responds to a diagnosis of intracranial hemorrhage with dx left intraparenchymal hemorrhage. At the moment, a patient with a 14-point Glasgow, identified superior longitudinal sinus thrombosis, inferior longitudinal sinus thrombosis, and confluence sinus thrombosis with cerebromeningeal hemorrhagic cerebrovascular disease treated with anticoagulants and subjected to a therapeutic procedure of mechanical aspiration thrombectomy and proceeded to perform infusion of heparinized solution. The evolution was favorable with discharge from the ICU at 7 days and hospital discharge at 21 with recommendation of neurological follow-up.

Keywords: Shock, Cholangitis, Platelets, Fatal, Abdomen.

RESUMO

A hemorragia intracerebral (HIC) é a formação de uma coleção de sangue dentro do parênquima cerebral, produzida por uma ruptura vascular não traumática espontânea. A hemorragia intracraniana é a complicação mais temida do uso de anticoagulantes orais, bem como a mais frequente e menos tratável. Apresentamos o caso clínico de um paciente do sexo masculino, 38 anos, que veio do Hospital Clínica San Francisco a esta casa de saúde sem antecedentes pessoais, clínicos, cirúrgicos, alérgicos ou familiares encaminhados com código de referência, por apresentar quadro de dor abdominal difusa após a ingestão de alimentos. Indica cefaleia do tipo pulsátil mais parestesia nas extremidades que é acompanhada por hemiparesia direita mais episódios de convulsões tônicas clônicas que duram 10 minutos até que os sintomas diminuam, então ele foi levado a um centro de saúde onde são admitidos com suspeita de convulsão onde ele teve episódios de convulsões que cedem ao uso de diazepam em 4 ocasiões, pelas quais é encaminhado a este asilo para atendimento integral e especializado. responde a um diagnóstico de hemorragia intracraniana com dx hemorragia intraparenquimatosa esquerda. No momento, um paciente com um Glasgow de 14 pontos identificou trombose do seio longitudinal superior, trombose do seio longitudinal inferior e trombose do seio da confluência com doença cerebrovascular hemorrágica cerebromeningea tratada com anticoagulantes e submetido a um procedimento terapêutico de trombectomia por aspiração mecânica e passou a realizar infusão de solução heparinizada. A evolução foi favorável com alta da UTI no 7º dia e alta hospitalar no 21º com recomendação de acompanhamento neurológico.

Palavras-chave: Intracerebral hemorrhage, thrombosis, mechanical aspiration thrombectomy, anticoagulants.

Introducción

La hemorragia intracerebral (HIC) es la formación de una colección de sangre dentro del parénquima cerebral, producida por una rotura vascular espontánea, no traumática. Puede estar contenida totalmente en el interior del tejido cerebral, o abrirse al sistema ventricular o al espacio subaracnoideo, pero el epicentro es siempre el tejido nervioso, lo que la diferencia de la hemorragia subaracnoidea y de la hemorragia intraventricular primaria (Muñoz, Gállego, & Herrera, 2008).

La hemorragia intraaxial o intracerebral es el tipo más devastador. Se asocia con mayores tasas de mortalidad en comparación con los eventos isquémicos o las hemorragias subaracnoideas. Puede ocurrir en ganglios de la base, lóbulos, puente y cerebelo. Las causas de hemorragia intracraneal se clasifican como:

1. primarias: hipertensión (HTA) o angiopatía amiloidea cerebral;
2. secundarias: conversión hemorrágica de isquémico, drogas estimulantes, malformación vascular, coagulopatía, neoplasias, traumatismo, vasculitis, moya moya, trombosis del seno venoso. (López-Bulnes, Paul- Silva, & Criales-Vera, 2017)

La hemorragia intracraneal es la complicación más temida del uso de los anticoagu-

lantes orales, así como la más frecuente y menos tratable, especialmente en pacientes de mayor edad en los cuales es más frecuente el uso de estos fármacos. La evolución del sangrado es más lenta entre los pacientes medicados con anticoagulantes que en pacientes en quienes el sangrado ocurrió de forma espontánea. Dentro de los mayores determinantes para inducir hemorragia están la intensidad del efecto del anticoagulante, las características del paciente y la duración de la terapia. (López-Bulnes, Paul- Silva, & Criales-Vera, 2017)

La incidencia de la HIC varía en función del país, la raza y el sexo, y se relaciona estrechamente con la prevalencia de la HTA. Supone el 15% de todos los ictus. En nuestro medio, la tasa de incidencia anual ajustada por edad oscila entre 11 y 31 casos por cien mil habitantes. Y, al igual que ocurre con el ictus isquémico, aumenta exponencialmente con la edad. Además es el tipo de ictus asociado a mayor mortalidad, oscilando entre el 40 y el 50%, ocurriendo más de la mitad de los fallecimientos en las primeras 48 horas. Entre los supervivientes, únicamente un 10% serán independientes al mes, y tan solo un 20% a los 6 meses. (Muñoz, Gállego, & Herrera, 2008)

El factor de riesgo más importante de las HIC para todos los grupos de edad, sexo y raza es la HTA, estando presente en al menos el 60% de los casos (Tabla 1).

Tabla 1. Causas habituales de hemorragia espontánea

Hipertensión
Angiopatía congófila
Transformación hemorrágica del ictus isquémico
Coagulopatías
Malformaciones vasculares
Vasculitis
Hemorragia intratumoral
Alcoholismo
Drogas simpaticomiméticas

Fuente: (Muñoz, Gállego, & Herrera, 2008)

Caso Clínico

Paciente masculino de 38 años de edad acude a esta casa de salud desde Hospital Clínica San Francisco sin antecedentes personales, clínicos, quirúrgicos, alérgico o familiares referidos con código de derivación, por presentar cuadro de dolor abdominal difuso post ingesta de alimento refiere esposa.

Indica cefalea tipo pulsátil mas parestesias en extremidades que se acompaña de hemiparesia derecha mas episodios de convulsiones de tónico clónicas de duración de 10 minutos hasta cuando cuadro cedía por lo que fue llevado a centro de salud donde ingresan con sospecha de crisis convulsiva donde ha realizado episodios de convulsiones que ceden al uso de diazepam en 4 ocasiones por lo que es referido a esta casa de salud para manejo integral y especializado.

Examen físico

Neurológico: Orientado en tiempo y espacio colaborador con e^ol interrogatorio vigil activo electivo facie leve algia y agitación.

Respiratorio: Campos pulmonares ventilados FR 22 saturación de oxígeno 98% sin presencia de estertores.

Hemodinamia: Hemodinamicamente estable ruidos cardiacos rítmicos sin presencia de soplo FC 70 PA:130/90 mmhg.

Abdomen Blando depresible doloroso sin presencia de visceromegalia.

Extremidades sin presencia de edema pulsos periféricos presentes.

Imágenes

Tac de cráneo se evidencia de hemorragia intraparenquimatosa izquierda.

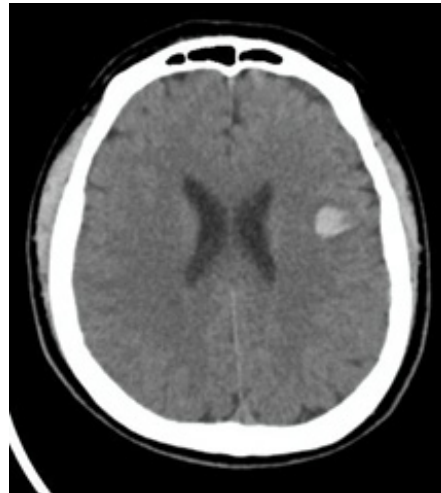


Imagen 1. Hematoma subcortical frontal medial izquierdo

Fuente: Los Autores

Exámenes de laboratorio:

- Hisopado nasofaríngeo negativo.
- Antisars Cov 2 160.

Idg:

- Ecv hemorrágica izquierda.

Plan:

- Pendiente resultado de laboratorio.
- Valoración por neurocirugía.

Paciente al momento en condiciones de cuidado requiere ser manejado en UCI / UCO el cual se realiza interconsulta a neurocirugía los cuales asisten y reportan Treicotomia inguinal bilateral.

Paciente de sexo masculino de 38 años de edad con Dx hemorragia intraparenquimatosa izquierda al segundo día de ingreso. Al momento paciente con Glasgow de 14 puntos, refiere cefalea y desorientacion. Dificultad para la movilización de ambos miembros superiores con mayor densidad el derecho. Extremidad inferior derecha con paresia.

Se realizan estudio de RMN y de TAC, se observa sangrado sin llegar a diferenciar

malformación vascular. Se realizara el día siguiente angiografía en busca de malformaciones vasculares angiográficamente demostrables.

Se indica cuidado del paciente neurocrítico más anticomisiales.

Medidas generales

- Monitoreo continuo.
- Control de signos vitales.
- Control de ingesta y excreta.
- Diuresis horaria.
- Control de glicemias cada 4 horas.
- Medidas antiembólicas.
- Cambios de posición cada 2 horas.
- Cuidados de enfermería.
- Comunicar novedades.

Terapia respiratoria

- Oxígeno por cánula nasal 5 litros.

Fluidos

- Solución salina al 0.9% 1000 ml pasar 63 ml hora.

Anticomicial

- Fenitoina 125 mg ig cada 8 horas.
- Levetirzectam 500 mg iv cada 8 horas.

Medicación

- Omeprazol 40 mg iv cada día.
- Ondansetron 8 mg iv cada 8 horas.
- Paracetamol 1g iv prn.

Alimentación

- NPO desde las 22 horas.
- Control neurología al tercer día de ingreso.

MRI cerebro imágenes hiperintensas múltiples en T2 y Flair occipital izquierda y bifron-

toparietal que impresionan hemorrágicas. Gre se observa hemosiderina en lugares ya descritos. Id: enfermedad cerebrovascular hemorrágica cerebromeningea

Plan:

- Angiografía digital.
- Electroencefalograma.



Imagen 2. Edema cortical frontoparietal bilateral con signos de transformación hemorrágica.

Fuente: Los Autores

Angiografía como hallazgo:

- Trombosis de seno longitudinal superior
- Trombosis de seno longitudinal inferior
- Trombosis de confluencia de senos

Se realiza procedimiento terapéutico de trombectomía mecánica por aspiración y se procede a realizar infusión de solución heparinizada. Se observa posterior a procedimiento reapertura de tercio distal de SLS mas apertura de SLI mas apertura de prensa de herófilo. Paciente pasa a UCO para manejo postquirúrgico de anticoagulación Valorado por cardiología quien indica anticoagulación y por terapia intensiva quienes dan seguimiento al caso

Paciente con edema sobre extremidad superior que se realiza ecografía Doppler venosa que detalla trombos en toda la exten-

sión de vena cefálica y afluentes. Posterior se realiza Angiotac a la espera de imagen y reporte.

Paciente al tercer día de ingreso al momento vigil, consiente, con buen patrón respiratorio, alteraciones trombóticas en sistema venoso cerebral y miembro superior derecho probablemente debida a afectaciones trombóticas secundarias a Covid-19, sin embargo se solicita otros exámenes complementarios para descartar de otras patologías trombofílicas, se interconsulta a hematología, en seguimiento por neurocirugía quien indica control tomográfica en 48 horas.

Posteriormente se descartan enfermedades hematológicas paciente se empieza a destetar sedación vasopresores se logra extubación al cabo de 7 días se logra dar alta a hospitalización al cabo de 21 días se logra dar alta a domicilio en seguimiento por consulta externa por servicio de neurología.

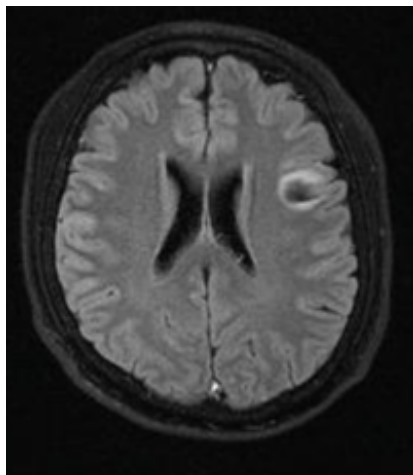


Imagen 3. Posttrombectomía mecánica por aspiración de trombos en seno longitudinal

Fuente: Los Autores

Discusión

En el caso presentado se trata de paciente sin referencia descrita de patologías anteriores. Sin embargo, la bibliografía consultada expone que las causas no traumáticas de esta patología según la bibliografía Se

encontró que la Hipertensión arterial fue más frecuente con un 64.6% seguido de Diabetes mellitus con 29.9%, Hipercolesterolemia 24.7%, Alcoholismo 21.1%, Tabaquismo 12.3% y Aneurismas con 3.1% respectivamente. Concluyendo que la causa no traumática más frecuente fue la hipertensión arterial seguido de la Diabetes mellitus e hipercolesterolemia, dándonos una idea más realista sobre la presencia de estas patologías que individualmente y en conjunto pueden desencadenar más raudamente una hemorragia intracraneal. (Linares Cristobal, 2018)

Según Escudero y Taboada (2008) la hemorragia cerebral espontánea no aneurismática o hemorragia intracraneal supone el 10-15% de todos los ictus y según su localización puede ser intraparenquimatosa o intraventricular. Su localización más frecuente es en los ganglios de la base, y la etiología predominante es la hipertensión arterial mal controlada. En España la incidencia asciende hasta los 15 casos por cada 100.000 habitantes/año, siendo más frecuente en varones mayores de 55 años. Caso que difiere en el presentado dado que el paciente no alcanza la edad descrita.

Con un diagnóstico de trombosis venosa cerebral (TVC) se identifica que es una entidad poco frecuente (5 casos por millón) y potencialmente devastadora que se presenta con mayor frecuencia en adultos jóvenes como es caso clínico descrito. (Zamora, Bastos, Márquez, & Zuleta, 2017)

Tal como se describe en la investigación de Zamora y cols. (2017) puede debutar con delirio y deterioro del estado de conciencia, en especial si hay compromiso del sistema profundo (el seno, recto y sus ramas). La anticoagulación sigue siendo la piedra angular del tratamiento; otras terapias (trombectomía mecánica y trombolisis directa) se reservan para pacientes con deterioro neurológico progresivo a pesar del tratamiento anticoagulante.

En el paciente masculino de 38 años, las reservas planteadas en la bibliografía fueron necesarias, evidenciado en el deterioro mostrado a partir de segundo día de ingreso.

La TVC puede ser un desafío diagnóstico debido a la variabilidad de sus manifestaciones clínicas por lo que se requiere mantener una alta sospecha clínica para llegar al diagnóstico. El síntoma más frecuente es la cefalea (89 %) seguido por crisis convulsivas (39 %) y déficit focal (20 %). Un componente crucial del diagnóstico de TVC son las neuroimágenes. La TAC es con frecuencia la primera imagen que se realiza a los pacientes y, a pesar de ser normal en el 30% de los casos, puede identificar signos directos sugestivos de oclusión de la vena o seno como densidad espontánea en un trayecto venoso (signo del “cordón denso” o del “triángulo denso”) así como signos indirectos secundarios al proceso obstructivo como hemorragias intracerebrales bilaterales o infartos cerebrales sin distribución arterial. (Zamora, Bastos, Márquez, & Zuleta, 2017)

Para confirmar el diagnóstico se realiza resonancia magnética con venografía por resonancia siendo especialmente útil el T2 para ver alteraciones venosas, sobre todo en las primeras 72 horas. En el caso presentado, mostró DX hemorragia intraparenquimatosa izquierda. Al momento paciente con Glasgow de 14 puntos, refiere cefalea y desorientación. Dificultad para la movilización de ambos miembros superiores con mayor densidad el derecho. Extremidad inferior derecha con paresia. Se realizan estudio de RMN y de TAC, se observa sangrado sin llegar a diferenciar malformación vascular.



Imagen 4. Ecografía venosa miembro superior derecho

Fuente: Los Autores

En TAC angiotac miembro superior se observa aorta abdominal de calibre y trayecto adecuada, no se observan defectos de repleción, o áreas de obstrucción o estenosis, presenta un diámetro conservado en todos sus segmentos. Defecto de realce de sistema venoso superficial y profundo, sugestivo de trombo.

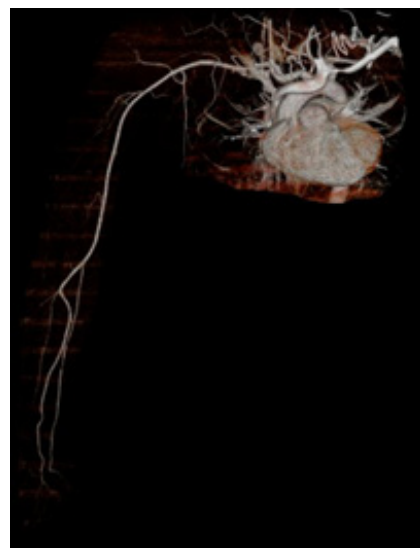


Imagen 5. Trombosis en todo el trayecto de vena céfálica de miembro superior derecho.

Fuente: Los Autores

Aunque los síntomas más comunes de la infección por SARS-CoV-2 son respiratorios, las manifestaciones neurológicas han sido descritas especialmente entre pacientes críticos e incluyen encefalopatía, convulsiones y enfermedad cerebrovascular. El accidente cerebrovascular puede ocurrir durante la fase aguda o días y semanas después de la resolución de la fase viral. Varios mecanismos fisiopatológicos contribuyen al aumento de riesgo de ictus en estos pacientes. El coronavirus SARS-CoV-2 puede infectar las células endoteliales del sistema nervioso central, causando una respuesta inflamatoria en la vasculatura y un daño endotelial, que junto con la trombocitopenia presente en algunos pacientes críticos y el tratamiento anticoagulante puede contribuir a cuadros de microhemorragias o hemorragias cerebrales. (Garvi López, Tauler, & Tortajada, 2021)

El Trauma Craneoencefálico requiere inmediatamente detectar y corregir complicaciones secundarias de origen sistémico que agravan la lesión primaria en las que en la actualidad se requiere descartar covid-19 ya que la incertidumbre del diagnóstico de Covid-19 que se coliga a otra patología podría llevar a un recuento erróneo de las muertes de COVID-19. Se puede presentar en cualquier individuo sin un patrón de base en común, por lo que no podemos descartarlo en ningún paciente que llegue a nuestro servicio de emergencia ya que puede ligarse y agravar cualquier enfermedad clínica o quirúrgica. En el TCE el acceso inmediato a tomografía de encéfalo es vital para el manejo inmediato y oportuno pues depende del tiempo de acceso a la resolución quirúrgica lo que impacta al pronóstico del paciente. A pesar de la pandemia más la demanda de pacientes se demuestra que se puede manejar adecuadamente traumas craneoencefálicos graves siempre y cuando se mantenga una coordinación con el sistema de salud pre e intrahospitalario. (Jara Jimbo, Aguilar Albito, & Pucha Landacay, 2020)

Aun cuando el paciente refiere buen patrón respiratorio las alteraciones tromboticas en sistema venoso cerebral y miembro superior derecho despierta sospecha de afectaciones tromboticas secundarias a Covid-19, lo cual se descarta con exámenes de seguimiento.

Conclusiones

En el caso presentado el paciente responde a un diagnóstico de Hemorragia intracraneal con dx hemorragia intraparenquimatosa izquierda. Al momento paciente con Glasgow de 14 puntos, se identifica, trombosis de seno longitudinal superior, de seno longitudinal inferior y Trombosis de confluencia de senos con enfermedad cerebrovascular hemorrágica cerebromeningea tratada con anticoagulantes y sometido a procedimiento terapéutico de trombectomía mecánica por aspiración y se procede a realizar infusión de solución heparinizada.

La evolución fue favorable con alta de UCI a los 7 días y alta hospitalaria a los 21 con recomendación de seguimiento neurológico.

Bibliografía

- Escudero, A., & Taboada, C. (2008). Actualización en hemorragia cerebral espontánea. *Medicina Intensiva*, 32(6), 282-295.
- Garvi López, M., Tauler, M., & Tortajada, J. (2021). Hemorragias intracraneales en pacientes críticos COVID-19: reporte de tres casos. *Medicina Clínica (Barc.)*, 156(1), 38-39.
- Jara Jimbo, M. I., Aguilar Albito, G. A., & Pucha Landacay, A. D. (2020). Trauma craneoencefálico grave en covid-19. *Prevención de enfermedades*, 3(4), <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v3i4.1410>.
- Linares Cristobal, J. J. (2018). Causas no traumáticas en hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales el periodo enero-diciembre 2017 Lima-Perú. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista. Facultad de Ciencias de la Salud.
- López-Bulnes, A., Paul-Silva, Y., & Ciales-Vera, S. (2017). Hemorragias intracraneales en pacientes tratados con anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios. *Anales de Radiología México*, 16(4), 305-311.

Muñoz, R., Gállego, J., & Herrera, M. (2008). Nuevas perspectivas en el manejo de la hemorragia intracranial. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 31(1), 47-59.

Zamora, A., Bastos, V., Márquez, J., & Zuleta, J. (2017). Isquemia talámica bilateral secundaria a trombosis venosa cerebral: tratamiento endovascular, presentación de un caso. *Acta neurológica Colombiana*, 279-285.

CITAR ESTE ARTICULO:

Oña Franco, M. B., Adrián Cajas, A. J., García Arteaga, M. F., & Bohórquez Garces, J. D. (2021). Hemorragia intracranial. Caso clínico en Hospital Clínica San Francisco. *RECIAMUC*, 5(4), 343-351. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(4\).noviembre.2021.343-351](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(4).noviembre.2021.343-351)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.