



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/2522 - Hemorragia intraparenquimatosa profunda de probable etiología hipertensiva

A. Díaz Vera<sup>a</sup>, N. Mata Santín<sup>b</sup>, I.P. Elizalde Bonafaux<sup>b</sup>, C.A. Reyes Mateo<sup>c</sup>, A.J. Dalle Dalle<sup>c</sup>, Y. Aganzo Pérez<sup>c</sup> y L. Blanco Siendones<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Interno Residente. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. <sup>b</sup>Enfermera. Servicio Navarro de Salud. Navarra. <sup>c</sup>Médico Sustituto. Servicio Cántabro de Salud. Santander.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 63 años de edad, sin AP aparentes de interés, fumador de 1 paquete día, enolismo, quien es remitido a urgencias por disartria y hemiplejía izquierda desde al parecer las 6h de la mañana. Refiere se levanta bien, se hizo un café y se volvió a acostar, tras el cual ha empezado a notar que no podía mover el brazo y la pierna izquierda. No clínica previa de catarro, ni digestiva ni urinaria. No fiebre.

**Exploración y pruebas complementarias:** Presión arterial: 181/96 mmHg. Pulso: 60 x&#39. Temperatura axilar: 36 °C. Sat.O2: 97%. FiO2: 21%. Buen estado general. Buen estado de hidratación. Buena coloración de piel y mucosas. Glucemia capilar 98 g/dl. Cabeza: Ojos: normales. Boca: desviación de la comisura labial a la derecha. Cuello: movilidad normal. Tórax: auscultación cardiaca: Rítmica, no soplos audibles. Auscultación pulmonar: algún crepitante en ambas bases. Abdomen: blando y depresible, sin masas ni visceromegalias, no doloroso a la palpación. Extremidades: pulsos periféricos y simétricos. No edemas. Exploración neurológica: nivel de consciencia: Consciente y orientado temporoespacialmente. Disartria moderada. No oftalmoparesia. Paresia facial central izquierda. Hemiparesia izquierda de predominio braquial (ESI 2-3/5, EII 4/5) con hemihipoestesia asociada. ROTs simétricos, no se obtienen aquileos. RCP biflexor. NIHSS: 9. Rx de tórax: senos costofrenicos libres, índice cardiorádico dentro de límites, aumento de trama broncovascular. E.C.G: RS a 58 lpm. TAC craneal: Imagen de aumento densidad capsular derecha, compatible con hemorragia intraparenquimatosa este nivel. No desviación de línea media. Imagen lacunar capsular izquierda de aspecto residual. Sistema ventricular y cisternas de la base características normales. hemorragia capsulotalámica derecha.

**Juicio clínico:** Hemorragia intraparenquimatosa profunda de probable etiología hipertensiva. ICH: 0. Fumador. Enolismo crónico. Se detectan cifras tensionales elevadas con TAS en torno a 190 mmHg, que mejoran tras administración de 10 mg de labetalol.

**Diagnóstico diferencial:** Los síntomas y signos más tempranos dependen de la localización del sangramiento intraparenquimatoso. Si el hematoma se inicia en la región putaminal derecha, al inicio el paciente nota disfunción de la cara, miembro superior, miembro inferior izquierdo o ambos. Si el hematoma afecta la sustancia subcortical de la porción laterosuperior del lóbulo temporal izquierdo, el primer síntoma puede ser el trastorno del lenguaje. Si el sangramiento es cerebeloso deben predominar la ataxia y la sensación de inestabilidad y desequilibrio. En la medida en que el hematoma crece, los síntomas focales empeoran. La rapidez e intensidad de la progresión dependen del tamaño y la localización de la arteria afectada, la tensión arterial sistémica y la cuantía del sangramiento. En sangramientos de desarrollo rápido, los signos focales se

desarrollan y empeoran en segundos o pocos minutos; sin embargo, si el sangramiento es lento puede tomar hasta 6h para alcanzar su tamaño máximo. La HTA es la principal causa de este tipo de hemorragia, y se encuentra en el 60% de los pacientes. Se debe a los cambios degenerativos de los vasos perforantes producidos por HTA, que provocan sangramientos en regiones profundas del encéfalo; estas por orden de frecuencia son: putamen, centro oval, tálamo, hemisferios cerebelosos, protuberancia. Otras causas son: ruptura de aneurismas, angiomas cavernosos, drogas, alcohol, discrasias sanguíneas, terapia anticoagulante, angiopatía amiloide y tumores cerebrales.

**Comentario final:** El diagnóstico de hemorragia intraparenquimatosa debe llevar una conducta terapéutica hacia la preservación de la vida del paciente, evitar las complicaciones y las posibles secuelas. Esto requiere un diagnóstico rápido y admisión urgente en unidades de cuidados especiales -unidad de ictus o de cuidados intensivos. Las medidas generales son similares a las explicadas para el IC, a excepción de algunas particularidades, entre las que se encuentran: se recomienda un control más estricto de la presión arterial con reducción de las cifras 190/110 en las seis primeras horas. Con mayor frecuencia será necesario el uso de medicación para el edema cerebral con manitol y furosemida. Se aconseja el tratamiento con benzodiacepinas de vida media corta o neurolépticos y analgésicos en caso de agitación. Como prevención secundaria se recomienda tratamiento de la HTA y control estricto, procurando mantener cifras por debajo de 140/80 mmHg. El resto de la prevención estará en dependencia del tratamiento etiológico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Qureshi A, Tuhim S, Broderick J, Batjer HH, Hondo H, Hanley DF. Spontaneous intracerebral hemorrhage. N Engl J Med. 2001;344:1450-60.
2. Láinez JM, Pareja A, Martí-Fàbregas J, Leira R; en nombre del Comité de redacción ad hoc del Grupo de estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Guía para el tratamiento y prevención del Ictus. Guía de actuación clínica en la hemorragia cerebral. 2002. Disponible en: <http://www.sen.es/profesionales/ictus.htm>