

Caso	(141) Hemorragia intraventricular aislada atraumática con sangrado activo
Autores	Blanca Lumbreras-fernández, Marina Herrero-huertas, Isabel Bermúdez-coronel Prats, Almudena Gil Boronat, Eduardo Fandiño Benito
Centro	Hospital Ramón Y Cajal

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 75 años con antecedentes de DM2, HTA, hepatopatía crónica e insuficiencia renal crónica, con antiagregación. Acude al servicio de Urgencias por vómitos y alteración del nivel de conciencia (GCS 7/15) sin traumatismo reciente. Presenta mirada desconjugada, localiza al dolor en hemicuerpo izquierdo, no moviliza hemicuerpo derecho, no tiene apertura ocular, ni emisión de lenguaje. Los días previos había referido mareos. TA: 103/59. Plaquetas 199000/ μ L, INR 14, TP 13.

Se realiza una TC craneal basal en la que se aprecia una hemorragia tetraventricular aguda aislada de predominio en el ventrículo lateral izquierdo, con áreas de hipodensidad y niveles hematocrito en el atrio izquierdo. Tras administración de contraste yodado intravenoso se realiza una angioTC y una TC en fase tardía (a los 5 minutos). Se aprecia extravasado de contraste periatrinal izquierdo con formación de niveles líquidos. No se identifican malformaciones vasculares ni otro tipo de lesiones estructurales como posible causa del sangrado. Aumento del tamaño ventricular como signo de hidrocefalia. No hay datos de isquemia parenquimatosa aguda.

La paciente falleció a las pocas horas de su ingreso.

DISCUSIÓN

La heterogeneidad de hematoma en la TC basal, con áreas de hipodensidad y niveles hematocrito sugiere un sangrado hiperagudo, con presencia de sangre no coagulada. Por otro lado, la distribución predominante de la hemorragia en el ventrículo izquierdo y la presencia de un extravasado de contraste iv en el atrio ipsilateral, sugiere sangrado activo con origen en el plexo coroideo. Dada la magnitud del hematoma no se puede descartar la existencia de una lesión intraventricular subyacente oculta por el efecto de masa.

La hemorragia intraventricular espontánea aislada supone un 3.3% de las hemorragias intracraneales, con una mortalidad intrahospitalaria superior al 40%. Puede ser primaria o secundaria. Los síntomas más frecuentes de hemorragia intraventricular aislada son cefalea, desorientación, vómitos, disminución de conciencia y vértigo.

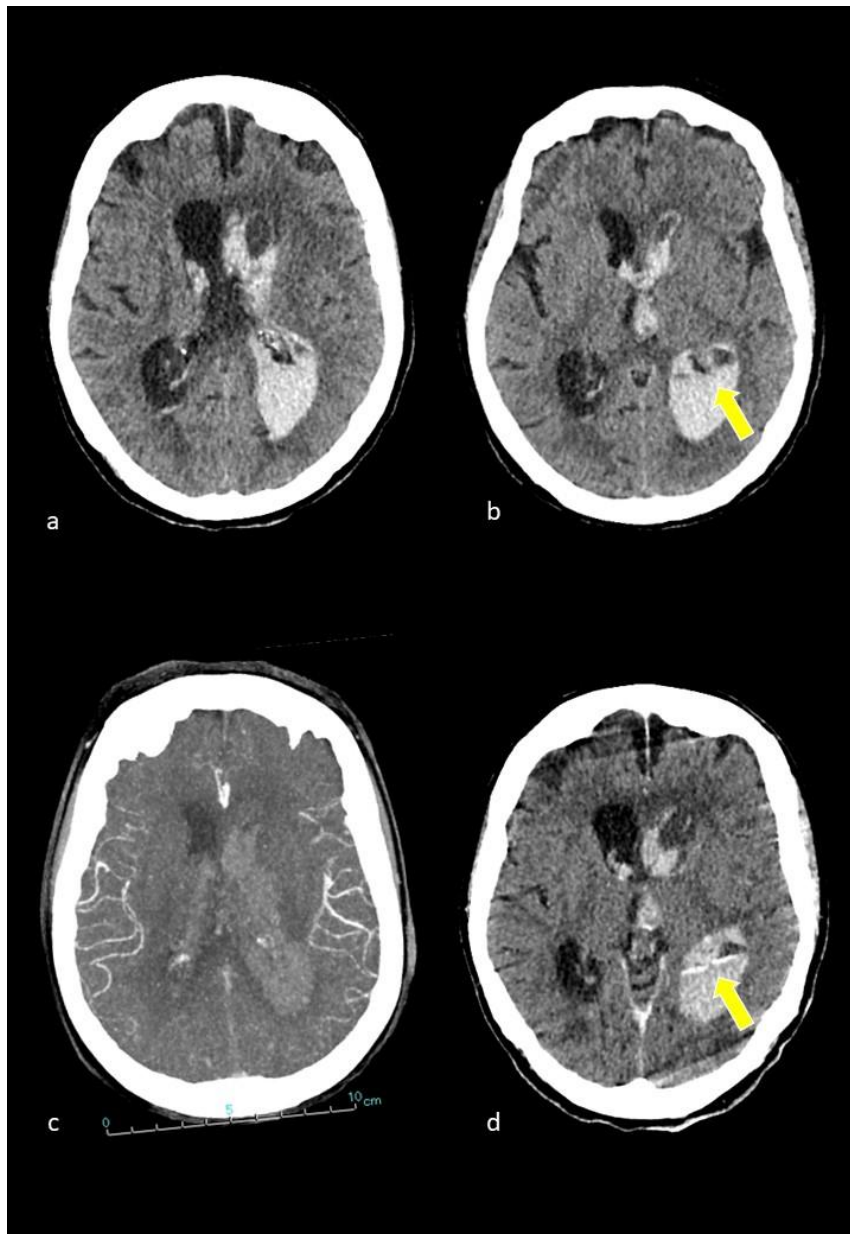
El principal factor de riesgo es la HTA, seguido de coagulopatías y tratamiento anticoagulante o antiagregante.

Las lesiones estructurales más frecuentemente descritas en los plexos coroideos como causa de hemorragia son las lesiones vasculares, especialmente las malformaciones arteriovenosas, que con frecuencia son de pequeño tamaño y

angiográficamente ocultas. Causas menos frecuentes serían las malformaciones cavernomatosas. Entre los tumores intraventriculares más frecuentes en esta localización se encuentran los papilomas, neurocitomas y subependimomas y, como lesiones secundarias, las metástasis de carcinomas tiroideos y renales. Hasta en un 45% de pacientes no se encuentra la causa. Como pruebas de imagen craneal complementarias para filiar la causa, en caso de que la situación del paciente lo aconseje, estarían indicadas la RM y la angiografía convencional.

CONCLUSIÓN

La hemorragia intraventricular atraumática aislada tiene alta mortalidad hospitalaria y se manifiesta con síntomas neurológicos inespecíficos. Puede ser primaria o secundaria. El principal factor de riesgo es la HTA y las lesiones subyacentes más frecuentes son las malformaciones arteriovenosas. La RM y la angiografía convencional pueden ser pruebas complementarias útiles para filiar su causa.



a y b) TC basal en la que se aprecia la hemorragia intraventricular aislada, de predominio en el ventrículo lateral izquierdo, con niveles hematocrito (flecha) y aumento del tamaño ventricular, sugerente de hidrocefalia. c) Reconstrucción MIP (proyección de máxima intensidad) de la fase angiográfica en la que no se visualizan lesiones subyacentes en el plexo coroideo. d) Fase postcontraste tardía (a los 5 minutos) en la que se aprecia extravasación de contraste intravenoso hacia el atrio izquierdo, con formación de niveles líquidos (flecha).

BIBLIOGRAFÍA

1. Barnaure I, Liberato AC, Gonzalez RG, Romero JM. Isolated intraventricular haemorrhage in adults. *Br J Radiol.* 2017 Jan;90(1069):20160779.
2. Jiang Z, Peng Y, Zhang M, Yu M. Etiological factors of spontaneous primary intraventricular hemorrhage. *Br J Neurosurg.* 2020 Jul 3;34(4):423-6.
3. Arboix A, García-Eroles L, Vicens A, Oliveres M, Massons J. Spontaneous Primary Intraventricular Hemorrhage: Clinical Features and Early Outcome. *ISRN Neurol.* 2012 Aug 26;2012:1-7.