

Hemorragia cerebelosa

Se consideran de mal pronóstico debido al alto riesgo de compresión del [tronco cerebral](#).

La primera intervención se atribuye a Fisher en 1965.

Epidemiología

Generalmente son 10 % de todas las hemorragias intracraneales espontáneas.

Más frecuente en > 50 años (60-69 años). Raza negra. Sin predilección de sexo.

En una cohorte de pacientes chinos entre 1996 y 2010 con 72 pacientes. 440 pacientes con hipertensión arterial primaria, 72 (16.4%) tuvieron hemorragia cerebelosa primaria.

La edad media fue de $67,5 \pm 12,3$ años y los pacientes fueron predominantemente hombres (54%).

Tipos

Espontáneas

[Hemorragia cerebelosa traumática](#) (muy poco frecuentes)

Un tipo especial es la [hemorragia cerebelosa remota](#)

Etiología

Hipertensión arterial en la mayoría de los casos (> 50 %) (Ott et al. 1974).

Coagulopatías aprox. 20 %.

Tumores cerebelosos. (Metástasis, Astrocitoma, GBM..).

Angiopatía amiloide.

MAV

Simpáticomiméticos

Clínica

Suele debutar con:

Cefalea, vómito, ataxia, miosis, nistagmus, temblor, paresia contralateral y en más de la mitad de los casos, paresia facial periférica. y frecuentemente se deterioran con pérdida de conciencia súbita e incluso muerte rápida, debido a efecto de masa y/o hidrocefalia aguda por compresión del cuarto

ventrículo.

Se manifiesta con un amplio espectro de manifestaciones clínicas que van desde un curso benigno asociado con déficits neurológicos ausentes o mínimos a un curso rápidamente fatal con compresión del tronco cerebral.

La aparición de parálisis de nervio craneal es a menudo debido a la extensión de la hemorragia al tronco cerebral o presencia de sangre en las cisternas atravesadas por nervios. El segmento cisternal del VI par es especialmente vulnerable y puede ser comprimido contra el ligamento esfenopetroso en el canal de Dorello o contra la cresta petrosa del hueso temporal. La disfunción del flujo axoplásmico menudo es responsable de esta parálisis reversible (Nayak y col., 2011).

Diagnóstico

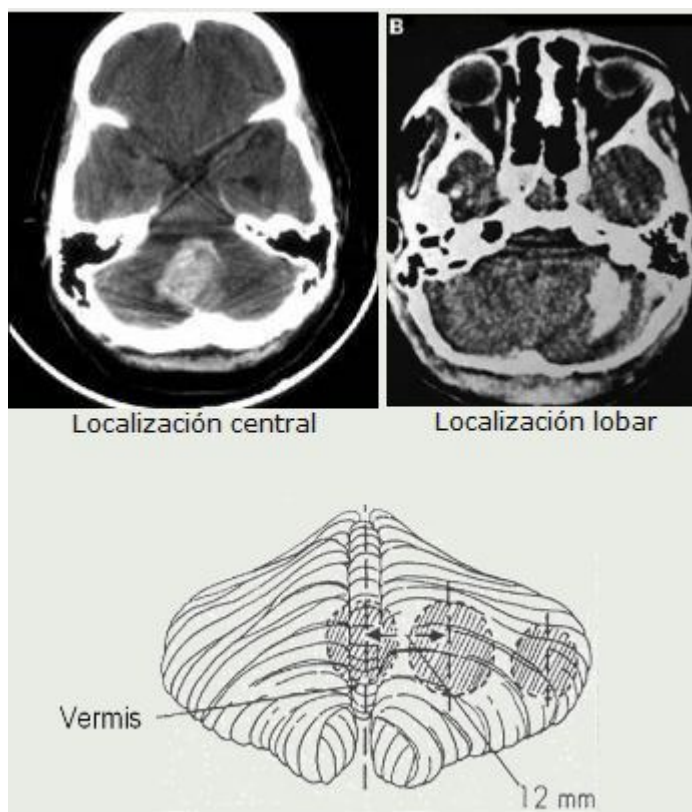
El diagnóstico de elección ha sido y es la TAC del cuál se deberán extraer las siguientes informaciones para un adecuado tratamiento.

Localización.-

Localización central

Localización lobar

Localizaciones típicas



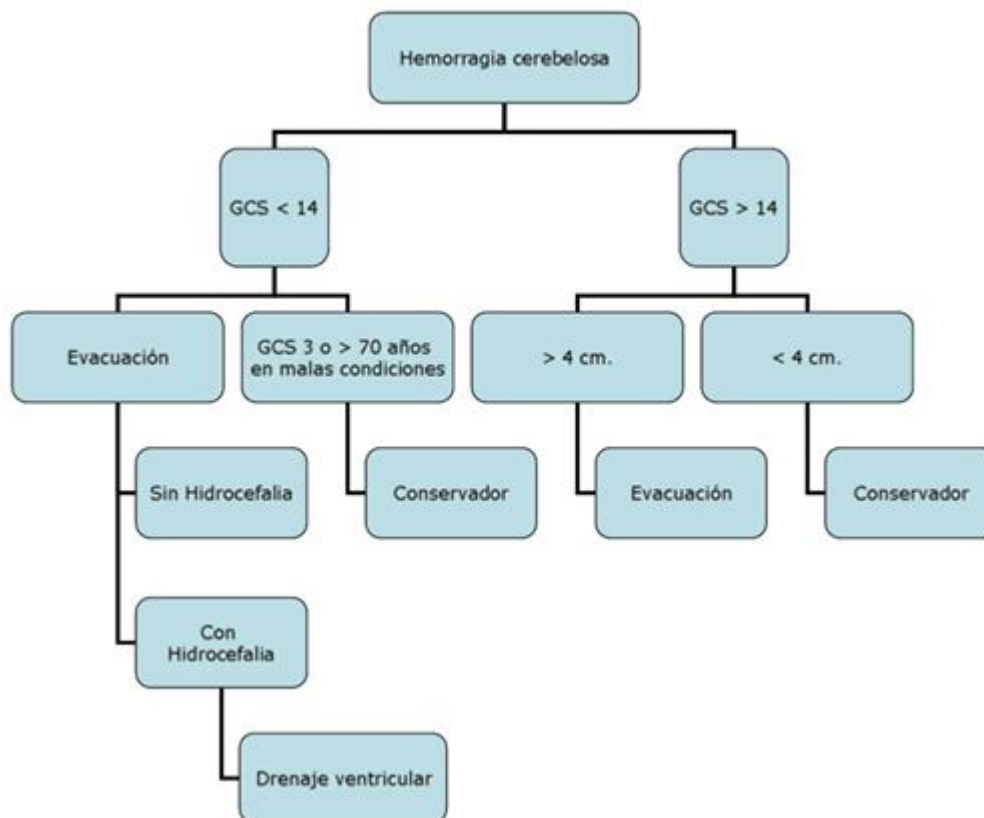
Signos de compresión mesencéfalo. Tamaño Compresión 4º Ventrículo. Compresión cisterna cuadrigémina Hidrocefalia.

Tratamiento

Controvertido.

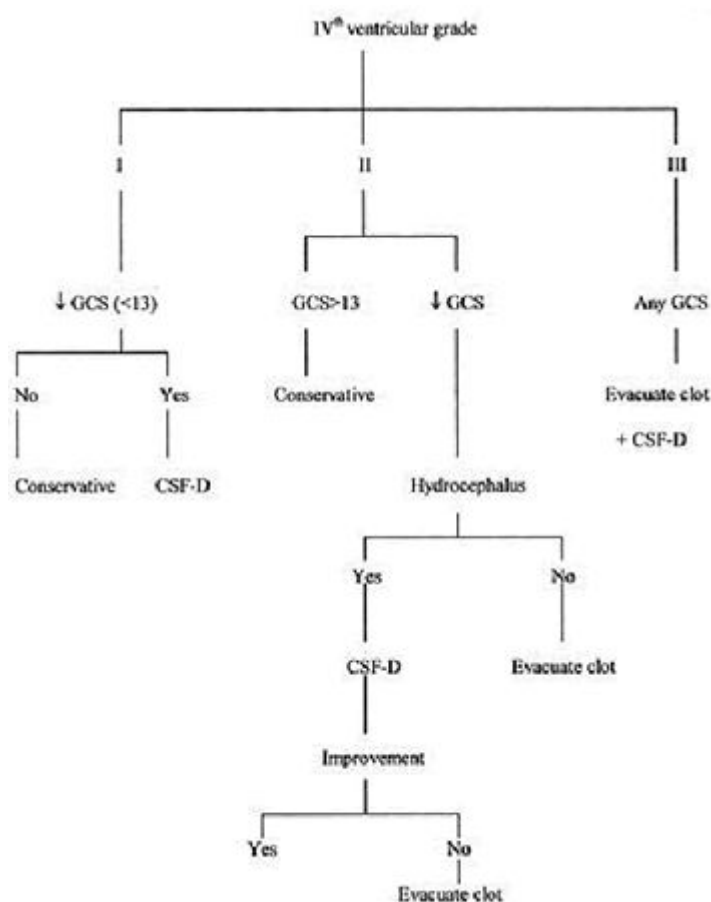
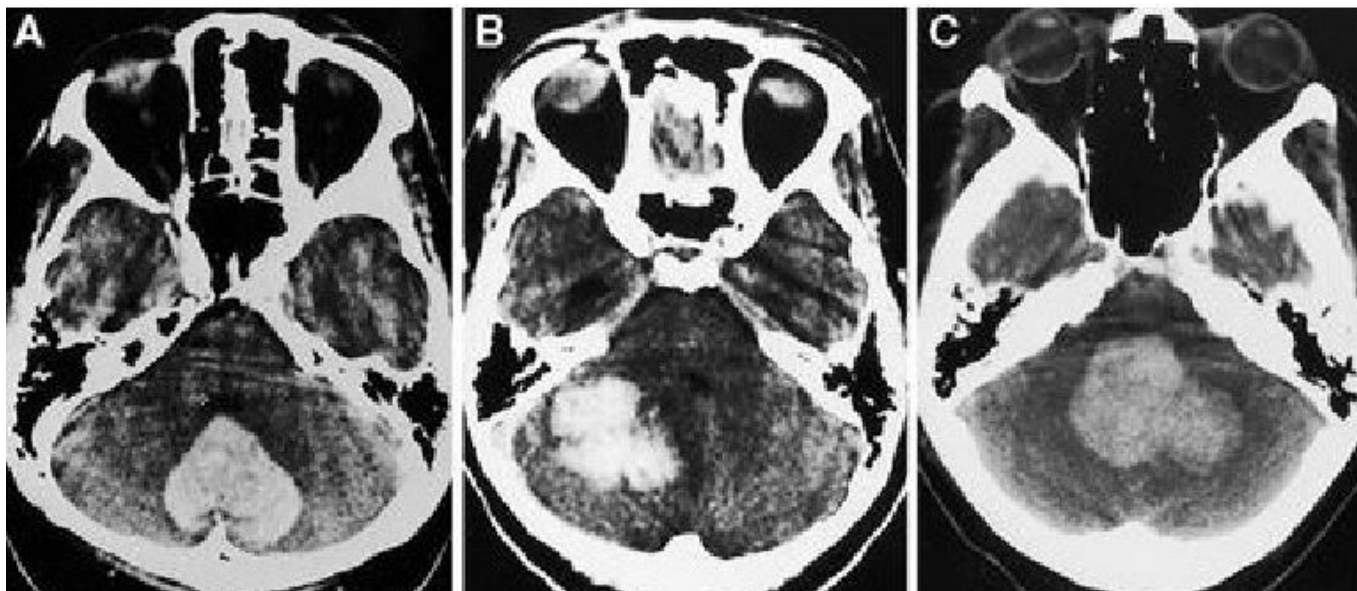
1.-Basado en el tamaño del hematoma como factor más importante.

Kobayashi S, Sato A, Kageyama Y, Nakamura H, Watanabe Y, Yamaura A: Treatment of hypertensive cerebellar hemorrhage. Neurosurgery. 34:246-251, 1994.



2.-Basado en el grado de compresión ejercido por el hematoma sobre el IV ventrículo.

A-Grado I normal o leve compresión; B- Grado II compresión; C- Grado III borramiento del IV ventrículo.



Management of Spontaneous Cerebellar Hematomas: A Prospective Treatment Protocol Ramez W. Kirollos, M.D.; Atul K. Tyagi, F.R.C.S.(SN); Stuart A. Ross, M.Ch.; Philip T. van Hille, F.R.C.S.; Paul V. Marks, M.D. Department of Neurosurgery, The General Infirmary at Leeds, Leeds, England Neurosurgery December 2001, Volume 49, Number 6.

La [American Stroke Association](#), aconseja que los pacientes con hemorragia cerebelosa que experimentan deterioro neurológico o que tienen compresión del tronco cerebral y / o hidrocefalia debido a la obstrucción ventricular deben someterse a la evacuación quirúrgica de la hemorragia tan pronto como sea posible, y que el tratamiento inicial de estos pacientes con drenaje ventricular solo en lugar de la extirpación quirúrgica de la hemorragia no se recomienda (Amar, 2012).

Pronóstico

En un estudio sobre la evolución a largo plazo de la hemorragia cerebelosa en pacientes chinos. La mortalidad a 30 días fue del 16,7% con Glasgow Coma Scale ≤ 8 como factor predictor. A los 6 meses, el 56,7% de los pacientes que sobrevivieron los primeros 30 días tenían un estado funcional persistentemente pobre con una puntuación modificada de la escala de Rankin > 2 . Después de un seguimiento medio de 4,7 años, el 3,3% de los pacientes presentaron una hemorragia recurrente, lo que equivale a una tasa de recurrencia del 7,3 por 1.000 pacientes-año. El accidente cerebrovascular isquémico se presentó en el 12% de los pacientes, con una incidencia de 25,5 por cada 1.000 pacientes-año (Pong y col., 2012).

Un GCS inicial ≤ 8 inicial y la compresión del tronco cerebral son fuertes factores predictivos de mortalidad dentro de los primeros 7 días (Wu y col., 2012).

En un estudio de Matsukawa y col., se apreció un pronóstico dependiente del territorio vascular, siendo las HC del territorio de la [arteria cerebelosa superior](#) el de peor pronóstico con mayor diámetro máximo transversal de hematoma e hidrocefalia (Matsukawa y col., 2012).

Cardiomiopatía de Takotsubo (Tempaku y col., 2012).

Mortalidad entre 20 – 50 %.

Pronóstico postquirúrgico

En la revisión de Dahdaleh y col., la edad promedio de los pacientes fue 71,1 años. Hubo una mejora significativa del examen neurológico con una puntuación media de GCS 8,8 preoperatorio a una puntuación GCS media postoperatoria de 13,0. La tasa de mortalidad fue de 37,9%. De acuerdo con la escala de Rankin, el 58,6% eran funcionalmente independientes, el 3,4% tenía una discapacidad moderada, y ninguno tenía una discapacidad grave o estaba en un estado vegetativo. Usando la puntuación Glasgow outcome scale (GOS), el 62,1% tuvo un resultado favorable. La presencia de comorbilidades múltiples se asoció con peores GCS postoperatorios y peores resultados a largo plazo. Un mal estado clínico preoperatorio, edad mayor de 70 años, y la presencia de hemorragia intraventricular se correlacionó con un resultado peor, pero no a largo plazo. Sólo la presencia de múltiples comorbilidades clínicas se asociaron con un peor resultado. Dado que no existen otros predictores preoperatorios de resultados a largo plazo, los autores recomiendan la descompresión suboccipital, cuando está indicado para pacientes con hemorragia cerebelosa sin importar la edad, el tamaño del hematoma, o examen neurológico preoperatorio (Dahdaleh y col., 2012).

Bibliografía

Amar, Arun Paul. 2012. "Controversies in the Neurosurgical Management of Cerebellar Hemorrhage and Infarction." *Neurosurgical Focus* 32 (4) (April): E1. doi:10.3171/2012.2.FOCUS11369.

Dahdaleh, Nader S, Brian J Dlouhy, Stephanus V Viljoen, Ana W Capuano, David K Kung, James C Torner, David M Hasan, and Matthew A Howard 3rd. 2012. "Clinical and Radiographic Predictors of Neurological Outcome Following Posterior Fossa Decompression for Spontaneous Cerebellar Hemorrhage." *Journal of Clinical Neuroscience: Official Journal of the Neurosurgical Society of Australasia* 19 (9) (September): 1236-1241. doi:10.1016/j.jocn.2011.11.025.

König, A, R Laas, y H D Herrmann. 1987. «Cerebellar haemorrhage as a complication after supratentorial craniotomy». *Acta Neurochirurgica* 88 (3-4): 104-108.

Konya, Deniz, Serdar Ozgen, y M Necmettin Pamir. 2006. «Cerebellar hemorrhage after spinal surgery: case report and review of the literature». *European Spine Journal: Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society* 15 (1) (Enero): 95-99. doi:10.1007/s00586-005-0987-2.

Matsukawa, Hidetoshi, Masaki Shinoda, Motoharu Fujii, Osamu Takahashi, Daisuke Yamamoto, Atsushi Murakata, and Ryoichi Ishikawa. 2012. "Relationships Among Hematoma Diameter, Location Categorized by Vascular Territory, and 1-year Outcome in Patients with Cerebellar Hemorrhage." *World Neurosurgery* 77 (3-4) (April): 507-511. doi:10.1016/j.wneu.2011.05.018.

Nayak, Naren, Sachin Baldawa, Batuk Diyora, and Alok Sharma. 2011. "Unusual Clinical Presentation of Hypertensive Cerebellar Hemorrhage." *Asian Journal of Neurosurgery* 6 (2): 123-124. doi:10.4103/1793-5482.92184.

Ott, K H, C S Kase, R G Ojemann, y J P Mohr. 1974. «Cerebellar hemorrhage: diagnosis and treatment. A review of 56 cases». *Archives of Neurology* 31 (3) (Septiembre): 160-167.

Pong, Vincent, Koon-Ho Chan, Boon-Hor Chong, Wai-Man Lui, Gilberto Ka-Kit Leung, Hung-Fat Tse, Jenny Kan-Suen Pu, and Chung-Wah Siu. 2012. "Long-Term Outcome and Prognostic Factors After Spontaneous Cerebellar Hemorrhage." *Cerebellum* (London, England) (March 6). doi:10.1007/s12311-012-0371-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22392071>.

Tempaku, Akira, and Tsugiyasu Kanda. 2012. "Takotsubo-like Myocardial Dysfunction Accompanied with Cerebellar Hemorrhage." *Case Reports in Neurological Medicine* 2012: 306171. doi:10.1155/2012/306171.

Wu, Yung-Tsan, Tsung-Ying Li, Shang-Lin Chiang, Heng-Yi Chu, Shin-Tsu Chang, and Liang-Cheng Chen. 2012. "Predictors of First-Week Mortality in Patients with Acute Spontaneous Cerebellar Hemorrhage." *Cerebellum* (London, England) (August 21). doi:10.1007/s12311-012-0410-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22907124>.

Yang, Ki-Hwan, Jeong Uk Han, Jong-Kwon Jung, Doo Ik Lee, Sung-Il Hwang, y Hyun Kyoung Lim. 2011. «Cerebellar hemorrhage after spine fixation misdiagnosed as a complication of narcotics use -A case report-» 60 (1) (Enero): 54-56. doi:10.4097/kjae.2011.60.1.54.

From:

<http://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea** ISSN **1988-2661**

Permanent link:

http://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=hemorragia_cerebelosa

Last update: **2025/05/04 00:02**

