

Elaborado por: Equipo medico de neurocirugía.	Revisado por: DR. WILLIAN GUTIERRES	fecha de revisión: Diciembre 2017
	Divulgación y aplicación: Diciembre 2015	Próxima fecha de revisión: Diciembre 2020

HEMATOMA CEREBELOSO

1. TEMA

HEMATOMA CEREBELOSO

2. DEFINICION

Usualmente la hemorragia se presenta en el núcleo dentado, al sangrar las perforantes que se originan en la arteria cerebelosa superior. La hemorragia es producida por ruptura de estas arterias perforantes debido a lesiones de lipohialinosis, microaneurismas o necrosis fibrinoide relacionados con hipertensión arterial crónica.

3. RESPONSABLES

Neurocirujano

CONTENIDO

4. Diagnóstico:

Clínica: Clásicamente el inicio de esta hemorragia es súbito, con nausea, vómito e incapacidad para mantenerse erecto o caminar.

Con frecuencia el paciente está somnoliento y confuso, y algunos presentan rigidez de nuca. En el 75% de los pacientes se presenta cefalea usualmente bioccipital o bifrontal y en el 15% pérdida inicial del conocimiento. Al examen se encuentra ataxia apendicular en casi todos los pacientes y en la mitad de ellos debilidad facial, parálisis de la mirada conjugada y parálisis del sexto par en el lado de la lesión.

El deterioro debido a compresión del tallo cerebral es impredecible y con frecuencia irreversible. El hematoma por efecto de masa puede desplazar el vermis superior y obliterar la cisterna cuadrigémina; lo cual está relacionado con el grado de compresión al tallo cerebral y puede verse claramente en la escanografía cerebral. La compresión sobre el cuarto ventrículo puede producir hidrocefalia obstructiva.

Usualmente el signo inicial es déficit neurológico focal, acompañado de deterioro progresivo en minutos u horas. El 30% tienen el déficit máximo al inicio de la sintomatología. La mayoría de los hematomas ocurren cuando el paciente está despierto efectuando sus actividades cotidianas. La cefalea ocurre al inicio en un 30-40% y más de un tercio no la presenta. El vómito es común y usualmente ocurre temprano. Las convulsiones ocurren raramente.

Estudios de imagenología: Si se sospecha un hematoma cerebeloso, se debe efectuar una escanografía cerebral simple urgente. En la escanografía se

deben buscar los signos de compresión del tallo cerebral (desplazamiento del vermis superior y obliteración de la cisterna cuadrigémina).

5. Tratamiento

El tipo de tratamiento depende de los hallazgos clínicos y escanográficos. Taneda (1987) tiene en cuenta la clínica, el tamaño del hematoma, la presencia de hidrocefalia y el grado de compresión de la cisterna cuadrigémina (tabla1).

Tabla 1. Tratamiento del hematoma cerebeloso según Taneda

Paciente alerta, hematoma < 3cm, cisterna cuadrigémina normal, no hidrocefalia:	Tratamiento médico.
Cisterna cuadrigémina normal, Hidrocefalia:	Derivación en las primeras 48 horas.
Cisterna cuadrigémina comprimida:	Evacuación del hematoma en las primeras 48 horas.
Cisterna cuadrigémina ausente, Glasgow 3-5:	La mayoría mueren independiente del tratamiento.

Kobayashi (1994) tiene en cuenta solamente el Glasgow y el tamaño del hematoma recomienda (tabla 2):

Tabla 2. Tratamiento del hematoma cerebeloso según Kobayashi

Glasgow:14-15 Volumen<40 mm máximo diámetro:	Tratamiento conservador.
Glasgow <= 13 Volumen>=40 mm máximo diámetro:	Craniectomía
Reflejos de tallo cerebral perdidos, tetraplegia:	No terapia intensiva

Complicaciones más frecuentes asociadas al hematoma cerebeloso

Las complicaciones mas frecuentes son compresión de tallo cerebral e hidrocefalia. Los síntomas de compresión del tallo cerebral son somnolencia, parálisis periférica del VI y VII par craneal ipsilaterales y parálisis a la mirada conjugada ipsilateral al sitio del hematoma.

Profilaxis antibiótica

Para la cirugía del Hematoma cerebeloso se utilizan antibióticos profilácticos que cubran un amplio espectro, teniendo en cuenta el tipo de organismos que predomina en el ambiente hospitalario y el tiempo prequirúrgico transcurrido. Según el direccionamiento del Comité de Infecciones utilizamos Amikacina y

Oxacilina en pacientes con menos de 72 horas de estadía prequirúrgica y Cefepime y Vancomicina con una estadía mayor de 72 horas.

Pronóstico y seguimiento

El pronóstico del paciente depende de las condiciones neurológicas a su ingreso y del drenaje urgente del hematoma cuando está indicado.

Al paciente se le efectúa una escanografía posquirúrgica para observar si el drenaje fue satisfactorio y se sigue con manejo intensivo en una unidad de cuidados intensivos.

Cuando sus condiciones lo permitan se le da salida con cita en dos semanas a consulta externa. De acuerdo con su estado neurológico se dan las citas posteriores.

6. PERIODICIDAD PARA LA REVISIÓN

El responsable de la revisión de este documento será el **Gerente de la U.E.S. Neurocirugía** en colaboración con el personal involucrado en el proceso.

Los documentos se deberán revisar como mínimo una vez al año y cada que se presente nuevas consideraciones en el manejo.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Fisher CM, Picard EH, Polak A: Acute hypertensive cerebellar hemorrhage: diagnosis and surgical treatment. J Nerv Ment Dis 1965; 140:38-57
- Heros RC: Surgical treatment of cerebellar infarction. Stroke 1992; 23:937-938.
- Heros RC: Cerebellar hemorrhage and infarction. Stroke 1982; 13:106-109

- Hoop RG, Vermeulen M, Gijn J: Cerebellar hemorrhage: Diagnosis and treatment. Surg Neurol 1988; 29:6-10.
- Kobayashi S, Sato A, Kageyama Y, Nakamura H et al: Treatment of Hypertensive hemorrhage - Surgical or conservative management?. Neurosurgery 1994; 34:246-251