

Hemorragia cerebelosa tras exéresis de tumor hipofisario mediante craneotomía supratentorial

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 58 años con antecedentes personales de cardiopatía reumática con doble lesión mitral e insuficiencia aórtica moderada en tratamiento con flecainida, torasemida y acenocumarol, sin historia de hipertensión arterial, diabetes o dislipidemias. La paciente había sido intervenida en dos ocasiones de adenoma de hipófisis no funcionante por vía transesfenoidal y recibía tratamiento hormonal sustitutivo con levotiroxina e hidrocortisona. Cuatro años después de la segunda intervención la paciente es diagnosticada de recidiva tumoral, por lo que se indicó una nueva intervención quirúrgica. Tres días antes de la misma se suspendieron los anticoagulantes orales, siendo normales los parámetros de coagulación en el momento de la intervención quirúrgica. Se realizó craneotomía fronto-temporal derecha con extirpación total de la lesión, dejando un drenaje subgaleal. Durante la intervención la paciente se mantuvo hemodinámicamente estable y no se produjeron incidentes de interés. Posteriormente la paciente fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para tratamiento y control postoperatorio.

A las 6 horas de su ingreso en la UCI, estando previamente estable, la paciente presentó un deterioro brusco del nivel de conciencia, con ausencia de respuesta a cualquier tipo de estímulo (*Glasgow Coma Score* [GCS 3]) y con pupilas medias arreactivas, manteniéndose estable hemodinámicamente. Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) craneal urgente en la que se observó una hemorragia extraaxial adyacente a la zona de craneotomía, así como una hemorragia subcortical cerebelosa bilateral con edema cerebeloso y de tronco del encéfalo con hemorragia en ventrículo lateral derecho, sugerente de infarto venoso (fig. 1).

Se realizó craneotomía descompresiva de fosa posterior y duroplastia con colocación de sistema de monitorización de PIC y drenaje intraventricular. La enferma falleció al décimo día de estancia en la UCI.

Realizada una revisión de la literatura, observamos que la aparición de hemorragia cerebelosa tras

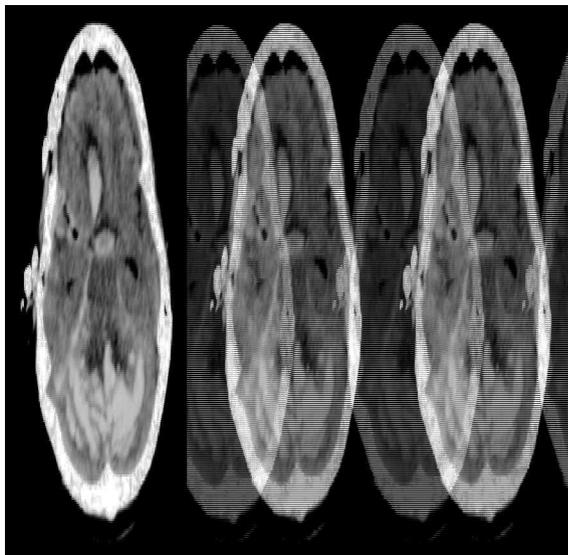


Figura 1. Hemorragia extra-axial postcraneotomía, hemorragia subcortical cerebelosa y hemorragia de ventrículo derecho.

craneotomía supratentorial es una rara complicación, con una incidencia de entre un 0,3 y un 0,6% y una mortalidad que oscila entre 12-48%^{1,2}. La mayoría de los casos publicados se han producido en pacientes con cirugía de aneurisma cerebral, seguidos de enfermos con epilepsia y tumores. La forma de presentación clínica más frecuente es con deterioro brusco del nivel de conciencia. Las estrategias de tratamiento no difieren entre los grupos estudiados: manejo conservador en pacientes con adecuado nivel de conciencia y sin signos de hidrocefalia, y craneotomía descompresiva de la fosa posterior si existen signos de compresión del tronco, en ocasiones combinándolo con la colocación de un drenaje ventricular externo. La patogenia de las hemorragias cerebelosas postcraneotomía aún no está clara, habiéndose elaborado distintas hipótesis: historia previa de hipertensión arterial, alteraciones de la coagulación³, malformaciones vasculares, cambios en las presiones intracraneales durante la intervención quirúrgica y excesivo drenaje de líquido cefalorraquídeo (LCR) previo a la cirugía⁴. En el caso que nos ocupa no hemos podido establecer relación con ninguno de los mecanismos propuestos.

En conclusión, las hemorragias cerebelosas postcraneotomía supratentorial son una rara complicación, con una importante morbilidad y mortalidad. Es importante realizar una TAC craneal que incluya la fosa posterior de cara a un tratamiento precoz que pueda disminuir la aparición de secuelas y la mortalidad.

J. GONZÁLEZ-ROBLEDO, G. GONZÁLEZ-PÉREZ,
A. DIEGO-CALVO Y O. DÍAZ-MARTÍN
*Servicio de Medicina Intensiva.
Complejo Hospitalario de Salamanca.
Salamanca. España.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Marquardt G, Setzer M, Schick U, Seifert V. Cerebellar hemorrhage after supratentorial craniotomy. *Surg Neurol.* 2002; 57:241-52.
2. Siu TLT, Chandran KN. Cerebellar haemorrhage following supratentorial craniotomy. *J Clin Neuroscience.* 2003;10:378-84.
3. Friedman JA, Piepgras DG, Duke DA, McClelland RL, Bechtle PS, Maher CO et al. Remote cerebellar hemorrhage after supratentorial surgery. *Neurosurgery.* 2001;49:1327-40.
4. Maruyama T, Ishii K, Isono M, Abe T, Fujiki M, Kobayashi H. Remote cerebellar hemorrhage following supratentorial craniotomy-case report. *Neurol Med Chir (Tokyo).* 2004;44: 294-7.