

Hemorragia talámica

Hemorragia intracraneal, localizado en el [tálamo](#).

En 1925 y en 1930 Lhermitte y Balduino definieron las características de la [hemorragia talámica](#).

Fisher hizo hincapié en el [trastorno del lenguaje](#) y [alteraciones de la motilidad ocular](#) en la hemorragia talámica.

Epidemiología

Representa el 30% de las [hemorragias cerebrales](#).

Fisiopatología

El sangrado frecuentemente se extiende y afecta a la [cápsula interna](#), la región parieto-temporal y el [mesencéfalo](#).

Clasificación

Según la localización en: anterior, dorsal, posterolateral, pósteromedial y global.

Según el tamaño en: grande (>20 mm) y pequeño (<20 mm).

Etiología

La etiología más frecuente es la [hipertensión arterial](#) (60%).

En las hemorragias talámicas se reconocen al menos dos tipos de hemorragias en el recién nacido a término. En algunos casos la hemorragia es aislada. El incidente se desconoce puesto que rara vez se estudian a estos niños.

A menudo se desconoce la etiología, pero en algunos casos se ha observado hemorragia después de la asfisia perinatal o en neonatos con persistencia de la circulación fetal con hipotensión arterial.

El diagnóstico se realiza por el ultrasonido, aunque se puede realizar una TAC para confirmar el mismo. No existe un tratamiento específico para los hematomas intracerebrales y aparentemente, se asocian muy pocas complicaciones en esta entidad, si es que en realidad se presenta alguna, aunque en ocasiones pueden presentar alteraciones motoras y sensitivas futuras ¹⁾

Clínica

Dejerine y Roussy proporcionaron una descripción detallada del [síndrome talámico](#).

Dada la complejidad en la organización de los núcleos talámicos, muchos de los estudios sobre hemorragias talámicas se han basado bien en el territorio arterial afectado (inferolateral, tuberotalámica, coroidea posterior, paramedianas), bien en la localización (anterior, dorsal, posterolateral, posteromediana o global), lo que se refleja en la gran diversidad de síntomas y signos asociados. Entre estos podemos destacar:

Anomalías en la motilidad ocular (parálisis de la mirada lateral y vertical, alteraciones en el reflejo de acomodación a la luz...) probablemente por la extensión al subtálamo. Si se extiende inferiormente, puede comprimir el mesencéfalo dorsal y puede haber alteraciones oculares más severas (pupilas mióticas arreactivas). También puede aparecer ptosis ipsilateral y miosis, nistagmo,

Trastornos del lenguaje, sobre todo, si afecta al hemisferio dominante.

Los hematomas grandes se extienden con mayor frecuencia a estructuras cercanas y producen más frecuentemente hidrocefalia, se asocian con más frecuencia a la presencia de alteración del nivel de conciencia, déficit motor severo, alteraciones oculomotoras, alteración de funciones superiores y hemianopsia, siendo peor su pronóstico, con mayor mortalidad y dependencia en las actividades de la vida diaria que los hematomas pequeños.

Diagnóstico

TAC cerebral sin contraste



Hematoma talámico grande sin irrupción ventricular.



Hematoma talámico pósteromedial izquierdo con irrupción ventricular.

Complicaciones

Por su proximidad al [III ventrículo](#) se puede producir con frecuencia [irrupción ventricular](#) una [hidrocefalia obstructiva](#) o la aparición tardía de una [hidrocefalia normotensiva](#), que requiere colocación de una derivación ventricular permanente ²⁾

Tratamiento

El tratamiento por la elocuencia del tálamo ha consistido en cirugía mínimamente invasiva, tales como la evacuación guiada por estereotaxia y sus modificaciones ³⁾ Esta se puede realizar para tratar a los pacientes con hemorragia intraventricular.

Durante la evacuación, se debe tener cuidado de no dañar la pared ventricular, plexo coroideo y venas. En particular, se debe recordar que la obstrucción de las venas provoca edema y hemorragia secundaria por congestión. Además, la lesión endotelial perturba la adhesión del hematoma de la pared ventricular, de la misma manera que la lesión endotelial provoca trombosis intramural.

La evacuación neuroendoscópica de la hemorragia intraventricular asociada está siendo la modalidad

de tratamiento de elección desde la década de 1990 ^{4) 5) 6) 7)}.

En ciertos casos el hematoma causa una herniación cerebral u obstrucción del acueducto. En tales casos, la evacuación del hematoma puede contribuir a la reducción de la resistencia del flujo de LCR a través del acueducto ⁸⁾.

El uso de un endoscopio rígido y un abordaje desde el punto de Keen al triángulo colateral del ventrículo lateral mejora la eficiencia de la evacuación del hematoma talámico ⁹⁾

Drenaje ventricular externo

Aunque la cirugía endoscópica se ha relacionado con una menor shunt dependencia, y una menor estancia en UCI, lo cual puede disminuir la necesidad de una derivación permanente ¹⁰⁾.

Pronóstico

Depende del lado, dirección de la extensión, y el tamaño del hematoma.

Son de peor pronóstico que la hemorragia subcortical o putaminal ^{11) 12)}.

Casos clínicos

7349

Embarazo controlado por Colestasis gravídica. Serología positiva a Rubéola. Rotura prematura de membranas. SGB +. Cesárea. APGAR 10/10 . RNPT: (35+3sem). Síndrome de West, en seguimiento por Neurología infantil. Intervenido de hernia inguinal. Episodios previos de bronquitis.

31/10/2012 Hemorragia talámica abierta a ventrículos. Hidrocefalia post-hemorrágica. Reservorio ventricular Ommaya.

12/11/2012 Hidrocefalia posthemorrágica Derivación ventriculoperitoneal

17/05/2013 Hidrocefalia.Extracción de cateter distal al exterior

25/05/2013 Sospecha de infección de DVP.Retirada de Derivación ventriculoperitoneal. Drenaje ventricular externo.

31/05/2013 Hidrocefalia Derivación ventriculoperitoneal Hakim Medos 100

30/09/2013 Infección valvular Retirada Derivación ventriculoperitoneal + colocación Drenaje ventricular externo.

16/10/2013 Retirada drenaje ventricular externo y colocación Derivación ventriculoperitoneal.

17/10/2014 se cambia presión de DVP a 70 mmHg.

Tto. habitual: Depakine 200mg/ml: 1.8 ml12h.

Niño de 4 años traído a urgencias por cuadro de inicio brusco de vómitos en escopetazo y alteración del nivel de conciencia con hipoactividad y somnolencia.

2898Q

Varón de 65 años de edad que es encontrado en el suelo encontrándose estuporoso sin respuesta a estímulos y desconociéndose el tiempo de evolución (fue visto por última vez por la mañana y encontrado a las 21:25 horas)). Avisan al SAMU quienes lo encuentran con GSC 6 puntos (M4, V1, O1) con anisocoria pupilar derecha midriática e izqda puntiforme ambas paralíticas. Es llevado a urgencias de su hospital de referencia donde realizan TAC craneal evidenciándose hemorragia de gánglios basales izquierdos abierta a ventrículos.

EXPLORACIÓN FÍSICA Bajo efectos de sedo-relajación, IOT y conectado a VMI. Pupilas con ligera anisocoria, algo mayor la izqda pero ambas midriáticas y arreactivas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: - TAC craneal importante lesión de alta densidad de aproximadamente 4 x 5.5 x 3.8cm, localizada en tálamo izquierdo, con halo periférico hipoecogénico, la cual produce efecto masa con desviación de la línea media. El sangrado drena hacia el espacio intraventricular, apreciando componente de sangrado en ambos ventrículos laterales, siendo mayor en el izquierdo. Dicho efecto masa condiciona herniación uncal

- POTENCIALES EVOCADOS ACÚSTICOS TRONCULARES Y SOMESTÉSICOS CORTICALES Los tiempos de conducción en las vías acústicas tronculares están moderadamente incrementados, con abolición de potenciales de córtex primario somestésico hemisférico izquierdo, congruente con la hemorragia de ganglios basales izquierdos. Controlar según evolución clínica.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Drenaje ventricular externo

EVOLUCIÓN CLÍNICA: El paciente permanece 24 días en UCI. La PIC permanece en valores normales, sin sedación, abre ojos espontáneamente, hiperextiende con MSD, GCS 7 (O4, V1 M2) El drenaje de LCR (serohemático) ha sido abundante (150-200 cc/día). Ha disminuído a partir del 1-6-2014 (20 cc), se cierra el 2-6-2014, manteniendo PIC normal en las siguientes 24h. TAC de control 3-6-2014 sin hidrocefalia, se retira el drenaje. infiltrado en RX de tórax en base derecha, aislándose pseudomona otitis en cultivo de aspirado traqueal del 20-5-2014. Ha permanecido afebril. El 22. 05. 2014 se realiza traqueostomía por ORL. El 4-6-2012 se recibe cultivo de BAS con crecimiento de acinetobacter baumannii y E Coli,

El paciente se mantiene afebril, sin síndrome infeccioso, sin infiltrados en RX de tórax, se considera colonización.

Durante su estancia en planta el paciente mantiene situación neurológica sin cambios, dado que no requiere tratamiento neuroquirúrgico se solicita cambio de servicio a neurología.

1)

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942005000100010

2)

Zacharia BE, Vaughan KA, Hickman ZL, Bruce SS, Carpenter AM, Petersen NH, Deiner S, Badjatia N, Connolly ES Jr. Predictors of long-term shunt-dependent hydrocephalus in patients with intracerebral hemorrhage requiring emergency cerebrospinal fluid diversion. Neurosurg Focus. 2012 Apr;32(4):E5. doi:10.3171/2012.2.FOCUS11372. PubMed PMID: 22463115.

3)

Hsieh PC. Endoscopic removal of thalamic hematoma: a technical note. *Minim Invasive Neurosurg.* 2003 Dec;46(6):369-71. PubMed PMID: 14968408.

4)

Chen CC, Lin HL, Cho DY. Endoscopic surgery for thalamic hemorrhage: A technical note. *Surg Neurol.* 2007;68:438-42.

5)

Hsieh PC. Endoscopic removal of thalamic hematoma: A technical note. *Minim Invasive Neurosurg.* 2003;46:369-71.

6)

Nishihara T, Morita A, Teraoka A, Kirino T. Endoscopy-guided removal of spontaneous intracerebral hemorrhage: Comparison with computer tomography-guided stereotactic evacuation. *Childs Nerv Syst.* 2007;23:677-83.

7)

Nishihara T, Nagata K, Tanaka S, Suzuki Y, Izumi M, Mochizuki Y, et al. Newly developed endoscopic instruments for the removal of intracerebral hematoma. *Neurocrit Care.* 2005;2:67-74.

8)

Nomura S, Ishihara H, Yoneda H, Shirao S, Shinoyama M, Suzuki M. Neuroendoscopic evacuation of intraventricular hematoma associated with thalamic hemorrhage to shorten the duration of external ventricular drainage. *Surg Neurol Int.* 2010 Aug 10;1. doi:pii: 43. 10.4103/2152-7806.68342. PubMed PMID: 20847924; PubMed Central PMCID: PMC2940103.

9)

Chen CC, Lin HL, Cho DY. Endoscopic surgery for thalamic hemorrhage: a technical note. *Surg Neurol.* 2007 Oct;68(4):438-42; discussion 442. PubMed PMID:17905069.

10)

Chen CC, Liu CL, Tung YN, Lee HC, Chuang HC, Lin SZ, Cho DY. Endoscopic surgery for intraventricular hemorrhage (IVH) caused by thalamic hemorrhage: comparisons of endoscopic surgery and external ventricular drainage (EVD) surgery. *World Neurosurg.* 2011 Feb;75(2):264-8.doi:10.1016/j.wneu.2010.07.041.PubMed PMID: 21492728.

11)

Fewel ME, Thompson BG, Jr, Hoff JT. Spontaneous intracerebral hemorrhage: A review. *Neurosurg Focus.* 2003;15:E1.

12)

Pantazis G, Tsitsopoulos P, Mihas C, Katsiva V, Stavrianos V, Zymaris S. Early surgical treatment vs conservative management for spontaneous supratentorial intracerebral hematomas: A prospective randomized study. *Surg Neurol.* 2006;66:492-501.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea** ISSN **1988-2661**

Permanent link:

http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=hemorragia_talamica

Last update: **2019/09/26 22:30**