

# NEUROLOGÍA

## HEMORRAGIA AGUDA EN EL LÓBULO FRONTAL DERECHO DE UN BOXER DE 7 AÑOS

Raquel Frances Borrell\*, Patricia Montoliu, Lluís Gaitero\*, Angeles Zamora\*\*, Sonia Añor\*

\*Hospital Clínic Veterinari Uab, \*\*Medical Resonancia Magnética, S.A

### Caso Clínico

Boxer, macho NC, de 7 años, con historia de haber sufrido una crisis convulsiva generalizada. Presenta alteración del estado mental y marcha en círculos hacia la derecha de 2 días de evolución.

El examen físico general fue normal. El examen neurológico apreció depresión del estado mental, desorientación, marcha compulsiva en círculos hacia la derecha, hemiparesia izquierda e hiperestesia cervical leve. Se localizó una lesión en hemisferio cerebral derecho. En el diagnóstico diferencial se incluyeron accidentes vasculares (infartos/hemorragias), neoplasias y procesos inflamatorios/infecciosos.

Los resultados de hemograma, bioquímica sérica, T4/TSH, serologías de Leishmania y Erlichia, pruebas de coagulación, radiografías de tórax y ecografía abdominal, fueron normales. El examen oftalmológico demostró edema de papila, uveítis anterior bilateral y exoftalmia del ojo izquierdo. Mediciones de la presión arterial indicaron una ligera hipertensión sistémica. La resonancia magnética nuclear craneal mostró una lesión córtico-subcortical a nivel del lóbulo frontal derecho que, por sus características en las diferentes secuencias, sugirió una hemorragia en fase subaguda, con abundante edema perilesional. El diagnóstico definitivo fue hemorragia aguda en lóbulo cerebral derecho de causa desconocida. La ligera hipertensión sistémica se consideró secundaria al incremento de la presión intracraneal causada por el proceso hemorrágico. El tratamiento ad-

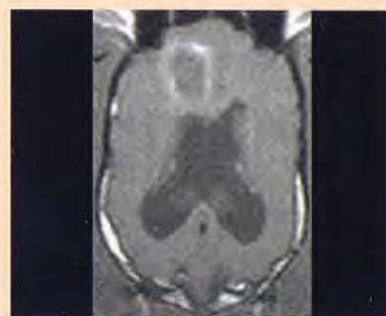
ministrado fue sintomático y de soporte (dexametasona, fenobarbital, manitol y fluidoterapia intensiva). El estado neurológico del animal empeoró durante las primeras 72 horas de hospitalización, para mejorar luego progresivamente hasta el día del alta, una semana después, en que presentaba un estado mental normal y una leve hemiparesia izquierda. La terapia recomendada fue fenobarbital (3 mg/kg/12 horas). A las 8 semanas, el animal seguía alerta, ambulatorio y sin crisis convulsivas. La resonancia mostró una lesión necrótica residual en lóbulo cerebral frontal derecho, que confirmó la resolución de la hemorragia inicial.

### Discusión

Uno de los principales diagnósticos diferenciales en caso de déficits neurológicos intracraneales de curso agudo, focal, asimétricos y no progresivos es un accidente cerebrovascular. Una hemorragia intracraneal espontánea se considera un accidente cerebrovascular y hace referencia a un sangrado en algún área encefálica sin historia previa de trauma. Se clasifican en: epidurales, subdurales, subaracnoideas, intraparenquimatosas e intraventriculares.

La disfunción neurológica es consecuencia de la compresión o destrucción del tejido nervioso (efecto masa del hematoma) y del edema secundario, que aumenta la presión intracraneal y altera el flujo sanguíneo cerebral. La sintomatología neurológica depende de la localización de la hemorragia.

La etiología las clasifica en primarias, consecuencia de hipertensión sistémica y secundarias a malformaciones vascu-



lares, neoplasias, vasculitis, infartos hemorrágicos, angiopatía amiloide cerebral o coagulopatías.

Si existe la sospecha de una lesión vascular intracraneal, debería realizarse una prueba de diagnóstico por imagen avanzada (TAC, RMN), en cuanto sea posible. Además de discernir el tipo de lesión (hemorragia, infarto), nos permite establecer el alcance del problema e identificar procesos no vasculares, como neoplasias.

Aunque un TAC es altamente sensible para detectar hemorragias muy agudas en pacientes con hematocrito normal, la RMN es la prueba de elección para diagnosticar infartos y establecer el alcance del edema. Cuando se llega al diagnóstico de hemorragia intracraneal espontánea, es importante buscar la causa originaria: mediciones de la presión arterial para descartar hipertensión como causa primaria, así como pruebas de coagulación, serologías de Leishmania y Erlichia, estudios de tórax y abdomen y analíticas completas, para descartar causas secundarias, y tratarlas adecuadamente.

El pronóstico depende del tamaño de la lesión, su localización y la gravedad de los signos clínicos.

