

HEMATOMAS INTRACEREBRALES HIPERTENSIVOS. CONSIDERACIONES TERAPEUTICAS

R. AUAD

PALABRAS CLAVES: Hipertensión Arterial - Hematomas Intracerebrales

Introducción

Los accidentes vasculo-encefálicos, especialmente aquellos en los que prima el criterio quirúrgico en su terapéutica, presentan en nuestro medio, una serie de imponderables totalmente ajenos al acto médico, que evidentemente inciden en los resultados que se puedan obtener.

En nuestra observación, contemplamos una serie de factores que provocan esta situación. Son factores ambientales que califican características propias en su mismo país y hasta en una misma región, que los hacen distintos entre sí, teniendo solamente como denominador común, el enfermo y el médico.

Existen factores asistenciales, en los que consideramos las infraestructuras asistenciales con sus falencias y deficiencias, la formación y responsabilidad profesional y por ende sus consecuencias: situaciones que evidentemente soslayan los fundamentos válidos de la deontología médica.

En íntima relación con el anterior, citamos los factores sociales, en donde contemplamos la situación económico-social, el nivel cultural, la residencia geográfica y la vigencia de un plan de salud bien elaborado.

A ellos, agregamos un grupo de factores circunstanciales, tal vez anecdóticos, pero igualmente presentes, consecuentes con una tradición mágica y milagrosa de la latente fantasía curanderística.

Todos estos factores, concluyen en su incidencia, en la recepción por parte del especialista, del paciente afectado de un accidente vasculo-encefálico, en relación al tiempo desde la instalación del cuadro, a su estado patológico (complicado o no), y a la disposición de elementos adecuados para realizar el correcto diagnóstico.

La patología seleccionada para realizar esta observación y estudio, fue la de los HEMATOMAS INTRACEREBRALES HIPERTENSIVOS, por su importante casuística.

Material de Trabajo

Fueron recopilados 128 casos durante tres años (1982/84), en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Angel C. Padilla de San Miguel de Tucumán.

En el gráfico adjunto, están especificados los datos de los grupos etarios.

En relación a la edad, el mayor porcentaje corresponde a pacientes entre 40 y 60 años (81 casos) lo que representa el 63%, de los cuales 34 fueron tratados quirúrgicamente.

En la consideración del sexo, 82 pacientes (64%) son varones, y 46 mujeres (36%). El 46% del sexo masculino fue intervenido quirúrgicamente, recibiendo el mismo tratamiento el 32% de las mujeres.

De los 128 casos, el 59% recibió tratamiento médico y el 41% terapéutica quirúrgica, siendo esta última, de mayor indicación en los hematomas localizados en el hemisferio derecho.

Metodología

Se consignaron los siguientes parámetros metodológicos, en la presente observación:

1) *Grupos Temporales*: En relación a la fecha de recepción del paciente, de acuerdo al día de instalación de su cuadro.

- a) Grupo 1: de 0 a 5 días
- b) Grupo 2: de 6 a 10 días
- c) Grupo 3: de 11 a 15 días
- d) Grupo 4: más de 16 días

2) *Sistema de Puntaje*: Tomando como base, en forma más simplificada, el utilizado en el Estudio Cooperativo Hispanoamericano sobre Hematomas hipertensivos (Dr. J. Benaim). De 1 a 3 ps.

a) Volumen del hematoma:

- Menos de 15 cc
- Entre 15 y 40 cc
- Más de 40 cc.

b) Efecto de masa:

- Hasta 0,5 cm
- Entre 0,5 y 1,5 cm
- Más de 1,5 cm.

c) Invasión ventricular:

- Hemoventrículo parcial mínimo (1/4)
- Hemoventrículo parcial mayor (1/2)
- Hemoventrículo total.

d) Estado de conciencia:

- Confuso, estuporoso
- Coma grado 1
- Coma grado 2 o mayor

3) *Resultados*: De acuerdo a los distintos tipos de secuela:

- a) Muy Bueno: Prácticamente sin secuelas.
- b) Bueno: Con secuelas que no impidan la atención de sus necesidades personales.
- c) Regular: Con secuelas que impidan su desempeño normal.
- d) Malo: Invalidez total. Requiere de terceros.

Resultados

Según se puede observar en los gráficos B1 y B2, los resultados obtenidos son los siguientes:

1) *En relación a los Grupos Temporales*:

- Mayor cantidad de casos recibidos en el segundo período, o sea entre los 6 y 10 días.
- Más de la tercera parte de los pacientes, recibieron nuestra atención, después de 10 días de instalado su cuadro vascular.
- En el grupo 1 (hasta 5 días), se recibieron la mayor cantidad de casos complicados con invasión ventricular, significando el 41% del total de dicho período.
- En el grupo 1, fueron más los tratamientos quirúrgicos (25) que los médicos (14). En cambio, en los restantes grupos, predomina progresivamente el tratamiento médico.
- Lo mismo sucede con la frecuencia quirúrgica de los hematomas localizados en la sustancia blanca, que tiende a disminuir desde el primer período hasta el cuarto.
- Todos los hematomas localizados en los ganglios basales, en los cuatro grupos, recibieron tratamiento clínico.
- Es interesante consignar los hematomas con invasión ventricular: En el primer grupo, se consignaron 16 casos, de los cuales 11 fueron quirúrgicos, de

los cuales 7 fallecieron. En el segundo grupo, de 5 casos, tres fueron intervenidos, sin ninguna defunción entre ellos. En el grupo 3, sobre 8 casos, 3 fueron quirúrgicos sin observar tampoco ningún óbito.

2) *En relación al puntaje:*

Los pacientes que sumaron hasta 4 puntos, en su totalidad fueron asistidos clínicamente, no constatándose ninguna defunción entre ellos.

- Pacientes con puntaje comprendido entre 5 y 8, fueron en su amplia mayoría de indicación quirúrgica, especialmente en los períodos más tempranos.
- En aquellos con puntaje mayor de 8, prevalece pero en menor grado, la indicación quirúrgica.
- Pacientes con similar puntaje y que fueron intervenidos quirúrgicamente, obtuvieron mejor resultado, cuando más precozmente fueron intervenidos.
- El grupo 1 evidenció criterios más concretos en cuanto a la indicación médica o quirúrgica en relación al puntaje de los pacientes. Este se hace más variable, a medida que transcurre el tiempo, en los grupos sucesivos.
- Es obvio que las defunciones son más, en los pacientes con puntaje mayor.

3) *En relación a las secuelas:*

- Del total de casos, un 6% tuvo resultado muy bueno: 7 pacientes con tratamiento médico (5%) y 2 sometidos a cirugía (1%).
- Con resultado bueno, consignamos 27 casos, que representan el 21%; habiéndose sometido a 18 de ellos (14%), al tratamiento clínico y los 9 restantes (7%) a la cirugía.
- 57 enfermos quedaron secuelearmente regulares, los que representan el 45%. De ellos 33 casos fueron médicos (26%) y 24 quirúrgicos (19%).

- Con resultado mal, encuestamos 16 casos (12%). 9 de ellos asistidos clínicamente (7%) y 7 operados (5%).

Finalmente consignamos 19 defunciones que representan el 15%. De ellos, 11 fueron quirúrgicos (9%).

4) *En relación a los pacientes quirúrgicos, contemplando los distintos factores:*

(Todos estos pacientes fueron intervenidos, aplicando nuestra técnica mínima)

- Con la cirugía practicada en los cinco primeros días, en pacientes con puntaje entre 5 y 8, obtenemos resultados satisfactorios: 4 buenos, 9 regulares, 2 malos y ninguna defunción. En este período, con puntaje mayor, los resultados fueron desfavorables, con gran porcentaje de defunciones.
- En el segundo grupo, entre los 6 y 10 días, los pacientes que registraron de 5 a 8 puntos, obtuvieron mejores resultados: 2 muy bueno, 3 bueno y 6 regulares, sin ninguna defunción.
- Los pocos pacientes registrados en el tercer grupo, consignamos 2 pacientes con resultado bueno (6 ps.) y 6 regulares, cuatro de ellos con puntaje 7. Hubo una secuela mala (7 ps.). Con puntaje mayor de 8, tuvimos un resultado malo y otro fallecido.
- La atención quirúrgica en los pacientes internados después de los 16 días con resultados desfavorables: Uno de 5 puntos con resultado malo, otro de 7 puntos con regular y dos fallecidos, ambos con 8 puntos.

Conclusiones

- Atentos al período de recepción y diagnóstico de los pacientes, tiene incidencia en su terapéutica, pronóstico y secuelas, el tiempo transcurrido, la medicación previa y el estado general y neurológico del paciente.
- Incide en lo anterior, atenuando o agravando el panorama, las características pro-

pias de la colección vascular: volumen, localización, efecto de masa, etc.

- Los pacientes que registran un puntaje menor a 5 son de tratamiento médico y sus secuelas dependen del mismo y del período en que se realizó.
- Los hematomas lobares grandes intervenidos en los cinco primeros días fueron de mejor pronóstico.
- Los hematomas medianos operados en el segundo período ofrecieron mejores resultados y menos secuelas.
- Todos aquellos con indicación quirúrgica, operados después del décimo día, ofrecen resultados variables, pero en general, desfavorables.

Resumen

En un estudio realizado sobre 128 pacientes con hematomas intracerebrales hipertensivos, fueron consideradas las complicaciones determinadas por factores ajenos a la práctica médica: ambientales, asistenciales, sociales, y circunstanciales.

Se utilizó en la metodología de este trabajo, los siguientes parámetros:

- a) grupos temporales, en relación al tiempo de recepción del paciente;
- b) sistema de puntaje, teniendo en cuenta las características del hematoma y la patología que provoca;
- c) las secuelas, de acuerdo al tratamiento aplicado.

Posteriormente se consideraron los resultados, en función de los parámetros arriba establecidos, interrelacionándolos entre sí.

Finalmente se concluye, de acuerdo a los resultados observados, en la elección terapéutica para cada caso y en su oportunidad quirúrgica, cuando la misma está indicada, teniendo en cuenta además, las secuelas observadas, en cada uno de los grupos establecidos.

BIBLIOGRAFIA

1. Rivierez M, Redondo A: Hematomas Intracerebraux Spontanés. Enciclopedia Médico Chirurgical 17496 A, 1981.
2. Recagno Cepeda JP: Avance de la cirugía en las hemorragias intraparenquimatosas. Actas del XVIII Congreso Latinoamericano de Neurocirugía. Tomo I, 1979.
3. Ojemann R, Mohr JP: Hipertensive Brain Hemorrhage. *Cl Neurosurg* Vol 2, 38:844-851.
4. Boudouresques y col: Etude Neuropathologique des hemorragies intracraniennes de l'adulte. *Rev Neurol*, 135-3, 1979.
5. Paillas JE, Alliez B: Surgical treatment of spontaneous intracerebral hemorrhage. *J Neurosurg* 39:145-151, 1973.
6. Wilson E, Bastarrica E, Panizza R, et al: Hemorragia Cerebral, Estudio Clínico. Sintomatología y Evolución. *Acta Neur Latinoam*, 18:229-246, 1972.
7. Susuki RJ: Surgery for the Hypertensive intracerebral Hematomas, *trans Sylvian Approach Neurol Med Chir*, 16:115-119, 1976.
8. Ransohoff J and col: Spontaneous Intracerebral Hematomas. *Cl Neurosurg*, 18:247-266, 1970.
9. Donoso M: Tratamiento quirúrgico de las hemorragias cerebrales. *Neurocirugía*, 21:142-143, 1963.
10. Daneko M. y col: Surgical treatment for hypertensive intracerebral hemorrhage. *J Neurosurg*, 46: 579-583, 1977.
11. Benaim J y col: Estudio cooperativo Hispanoamericano, sobre hemorragias encefálicas hipertensivas, 1984.