

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS HEMATOMAS INTRACEREBRALES

Dr. JORGE SAN JULIAN

Presentamos una serie de 66 casos de hematomas m3dicos operados en el Instituto de Neurología, o por personal de este Instituto en clínicas particulares. Agradecemos desde ya la colaboración de los cirujanos que nos han cedido estos casos para completar un número de enfermos de cierta entidad.

Las localizaciones de estos hematomas han sido varias.

El predominio de las hemorragias ha sido la localización paracapsular. Han existido en menor número hematomas lobares y capsulares.

Las edades de los pacientes afectados de esta enfermedad han variado desde los 6 años (1 caso) hasta los 77 años.

El máximo oscila entre los 40 y 50 años. En un gran porcentaje de casos los pacientes cursaron su hemorragia con hipertensión arterial.

En algunos casos no hubo hipertensión y en otros la hipertensión era evolutiva de tipo maligno.

La mortalidad de nuestros pacientes fue siempre paralela al estado de gravedad preoperatoria.

En 66 casos, existen 32 enfermos que fallecieron, la mayoría de ellos en el curso de las primeras 24 horas, a los primeros días. En esta serie consignamos 34 buenas evoluciones.

Consideramos buenas evoluciones los enfermos en los que eliminamos el peligro de muerte y también buenas evoluciones, enfermos a quienes mejoramos con la intervención, su cuadro funcional (hemiplejía, hemianopsia, afasia, etc.).

Digamos desde ya que hemos variado nuestra conducta quirúrgica en el tiempo.

Operamos más precozmente cuando es necesario. No hace muchos años preferimos operar en "frío" los hematomas médicos.

El enfermo cursaba la primera semana de su enfermedad y luego del quinto día alrededor, estaba en condiciones de ser operado. Esta idea nació de las malas evoluciones de enfermos operados precozmente.

Hoy las cosas han variado en algo: el enfermo habitualmente es puesto en mejores condiciones. Hibernación, hidratación, control hidrosalino, traqueotomía, etc. Todo esto permite una mayor sobrevida y una mejoría en el estado general que da tiempo al cirujano a actuar con enfermos no decompensados.

Anteriormente el neurocirujano llegaba a la sala de operaciones empujado por la premura de la gravedad.

Hoy es el médico general, quien acostumbrado a manejar estos pacientes, presenta al neurocirujano enfermos en condiciones operatorias.

INDICACION DE INTERVENCION

1) *En la hipertensión endocraneana.*— Aquí podríamos dividir las hemorragias intracerebrales en:

- a) *hiperagudas*, que llevan a la muerte rápida y que están fuera de los recursos del médico y cirujano;
- b) *agudas*, que bien tratadas con los avances terapéuticos actuales pueden dar tiempo a su tratamiento médico y quirúrgico;
- c) *subaguda*, que dan tiempo suficiente al médico y cirujano para su correcto tratamiento;
- d) *crónicas*, a marcha seudotumoral.

2) *En cuadros con sintomatología herniaria.*

3) *En cuadros hemorrágicos con sufrimiento neurovegetativo.*— La aparición de elementos de sufrimiento neurovegetativo apresuran la intervención. El control correcto del pulso, presión arterial, temperatura, respiración, sudoración, etc., tiene en estos casos una gran importancia.

4) *Déficit funcional*.— Existen casos en los cuales la intervención sólo se hace para tratar de salvar un déficit funcional; hemiplejía, hemianopsia, afasia. Vitalmente el enfermo está bien. La operación está indicada para mejorar la función.

En lo que respecta a la cirugía misma, la conducta es única: entrar en el encéfalo y evacuar el hematoma tratando de hacer una hemostasis lo más perfecta posible. Entrar al encéfalo de acuerdo a una localización precisa. La clínica y la radiología tienen aquí su labor importante. Se complementan mutuamente. De ellos nace el abordaje. Recordad que habitualmente se trata de enfermos graves; el mínimo debe ser lo necesario.

Dado la localización más frecuente de nuestra serie de hematomas que han sido paracapsulares, se entiende que la decompresiva subtemporal de Cushing, tenga su aplicación, pues llena los requisitos mínimos. Mínima operación, abordaje fácil y directo al foco operatorio.

De acuerdo a las variedades de localización, paracapsulares frontales, temporales, ténporooccipitales, etc., hacemos que esta decompresiva sea vertical o acostada. Creemos conveniente advertir que es necesario el uso de instrumental adecuado, buena iluminación, uso de electrocoagulación, etc., para obtener buenos resultados. La entrada al encéfalo se hace por incisión temporal subsilviana tratando de respetar la ínsula que es llevada hacia arriba junto a los gruesos vasos silvianos. Llegado al hematoma se evacúa el mismo por aspiración, se efectúa la limpieza de la cavidad del hematoma y se completa con una buena hemostasis. Habitualmente hacemos el cierre de la duramadre, dado que la decompresiva interna, obtenida por drenaje del hematoma, es lo suficiente para evitar la posible hipertensión encefálica. En lo que se refiere a los hematomas lobares, fuera de los temporales, éstos exigen un abordaje por colgajo craneano osteoplástico siendo el resto del tratamiento igual que los casos de los paracapsulares.