

HEMATOMA DE LA FOSA POSTERIOR PRESENTACION DE UN CASO

* Dra. Sonia Fermín de Sánchez

** Dr. Raúl Comme-DeBroth.

El hematoma de la fosa posterior está considerado en diferentes estadísticas del 5 al 15 o/o de todas las hemorragias intraparenquimatosas fatales. Según reporte de Brennan y Bergland, las estadísticas de la oficina de exámenes médicos de New York, establecen que más de 200 pacientes mueren brusca e inesperadamente cada año, a causa de hematomas intracerebelosos.

En cerca de 70 o/o la causa es Hipertensión Arterial y

parece tener predilección por el hemisferio cerebeloso izquierdo.

Un cuadro de hemorragia subaracnoidea es la forma de presentación en 40 a 78 o/o de los casos y aunque un gran volumen de pacientes puede estar consciente a su admisión, sólo alrededor de un 20 o/o se mantiene alerta a los 8 días. Una minoría de los pacientes muestra signos de localización, en el grupo restante, el cuadro clínico sugiere un ACV sin evidencia clara al lugar de origen.



Tomografía Axial Computarizada mostrando hematoma en el hemisferio cerebeloso izquierdo. (J. M. Paliza).

REPORTE DE UN CASO:

Paciente de 51 años de edad, que ingería frecuentemente gran cantidad de alcohol y a quien se le había diagnosticado de padecer hipertensión arterial unos años antes, pero no llevaba el tratamiento prescrito adecuadamente. Su admisión actual fue precipitada por un episodio de cefalea brusca e inconsciencia de varios minutos, manteniéndose posteriormente en estupor por varios días. Su T.A. inicial fue 210/160 y aunque con tendencia a mantenerse elevada, también mostraba una gran labilidad, haciendo al tercer día de su internamiento, un episodio de hipotensión que requirió la administración de Aramine IV. Se confirmó la hemorragia subaracnoidea mediante Punción lumbar.

Al 5to. día de la enfermedad, se observó por prime-

ra vez una ligera paresis de VI y VII nervios craneales izquierdos y una monoparesis superior izquierda, persistiendo estuporoso. Estos signos mejoraron con el uso de esteroides. Para entonces, el cuadro se vió complicado por ictericia con hepatomegalia y alteraciones de la química sanguínea sugestivas de un trastorno colestásico. Este cuadro regresó en unas 36 horas.

Se le practicó una arteriografía carotídea bilateral excluyéndose lesión aneurismática o malformación arteriovenosa supratentorial. No había desplazamiento de los vasos de la línea media ni sugerencia de dilatación ventricular.

Las cefaleas que habían ya desaparecido, reaparecieron para el 7mo. día y por primera vez se observó nistagmos en ambas direcciones laterales con mínima disimetría índice/naríz.

Una Tomografía Axial Computarizada aclaró el diagnóstico al mostrar una gran masa en hemisferio cerebeloso izquierdo (Figura No.1), con características de hematoma,

* Neuro-cirujano, clínica Gómez Patiño, Santo Domingo.

** Neurólogo, clínica Gómez Patiño, Santo Domingo, R.D.

planteándose de inmediato su evacuación quirúrgica.

Para ese momento, el paciente inicia una violenta hematemesis que parecía controlada después de 7 horas, permitiendo así la intervención y drenaje de un gran coágulo del hemisferio cerebeloso izquierdo, mediante una craneotomía suboccipital. No había características macroscópicas de malformación arteriovenosa o tumoral. El coágulo, a 1-1/2 cms. de profundidad, desplazaba el vermis más de un cm. al otro lado de la línea media y ocupaba todo el hemisferio, sin romper en el 4to. ventrículo. El estudio histológico de la pared de la cavidad del hematoma, descartó lesión de tipo tumoral o vascular.

La evolución post-operatoria inmediata fue excelente, excepto por aumento del nistagmos y una mínima desorientación. Las punciones lumbares rutinarias en los días subsiguientes mostraban LCR xantocrómico con mejoría progresiva.

Al tercer día post-operatorio, sin embargo, el paciente deterioró a consecuencia de un cuadro bronconeumónico con temperatura elevada y retención de CO₂, rebasando tras la administración de antibióticos. Desafortunadamente, reapareció un sangramiento gastrointestinal violento y el paciente falleció en unas pocas horas, al 4to. día post-quirúrgico, cuando ya sus manifestaciones neurológicas habían desaparecido.

DISCUSION

Ross Russel estableció claramente en 1963, mediante métodos radiológicos, que los pacientes hipertensos de más de 50 años de edad, desarrollan pequeños aneurismas en vasos de un diámetro de 100–300 mm y que la rotura de esos aneurismas constituye la patogénesis de esas hemorragias.

Gran diferencia de criterio existe en cuanto a la ayuda ofrecida por los signos neurológicos para establecer el diagnóstico. Según McKissock, ellos resultan inútiles, mientras Brennan reporta 9 de 12 pacientes en los cuales el diagnóstico clínico de hematoma intracerebeloso fue confirmado por cirugía o estudio post-mortem.

Abad y colaboradores coincidiendo con Ploncard y Del Vino, han sugerido la triada: pupilas mióticas no reactivas, parálisis de la mirada conjugada y respiración periódica como signos diagnósticos, mientras Ott considera más útil la presencia de ataxia apendicular, parálisis ipsilateral de la mirada y paresis facial periférica, habiendo encontrado por lo menos 2 de esos 3 signos en 73 o/o de sus pacientes.

Nuestro caso muestra, al igual que otros en la literatura, la dificultad para establecer el diagnóstico en bases clínicas.

La mayoría de los autores coinciden al considerar la Tomografía Axial Computarizada como el más exacto y rápido método de estudio diagnóstico. Little establece una comparación entre los resultados de la arteriografía vertebral y tomografía computarizada. De 10 pacientes

estudiados, la presencia de una masa avascular fue demostrada por arteriografía en solo tres ocasiones, mientras en 9 casos la tomografía fue positiva para hematoma intracerebeloso y en 3 de estos nueve, se podía evidenciar además, la extensión intraventricular de la hemorragia.

La mortalidad de estos casos sin cirugía es de 50 o/o en las primeras 24 horas y de 75–80 o/o en la primera semana. La mortalidad operatoria, está en relación directa al estado de consciencia pre-operatoria, muriendo entre el 75–80 o/o de los pacientes comatosos. Otro factor pronóstico importante es el tamaño del hematoma y su extensión dentro del 4to. ventrículo con bloqueo a la circulación del LCR.

Deseamos enfatizar la necesidad de hacer un diagnóstico temprano, en vista de la emergencia que representa esta patología. Demostramos además, la utilidad de practicar Tomografía Axial Computarizada en pacientes con hemorragia subaracnoidea, los cuales pueden tener una arteriografía carotídea y/o vertebral normal.

BIBLIOGRAFIA

- Abad, J. M.; Castro, S.; Jimenez Carmona, F.; Lamos, E. Hematoma agudo de cerebello. Diagnostico por CAT. Revista Española de Oto-Neuro-Oftalmología y Neurocirugía. Año 35. Tomo 37, No.206. Pág. 79.
- Becker, Denis H. M. D. and Silverberg, GERAL D.M.D. Successful evacuation of an acute Pontine hematoma. Surgical Neurology. Vol. 10, No. 4, pág. 263–265. Oct. 1978.
- Brain's Diseases of the nervous system. Seventh edition, 1969. Pág. 323.
- Brennan, Robert W. M. D. and Bergland, Richard M. D. Acute cerebellar hemorrhage. Analysis of clinical findings and outcome in 12 cases. Neurology June 1977. Pág. 527–532. Vol. 27.
- Janny, Pierre M. D. and Col. Intracranial pressure with intracerebral hemorrhages. Surgical Neurology. Vol. 10, No. 6, Page 371–375. Dec. 1978.
- King, T. T. FRCS. Cerebral haemorrhage. British Journal of Hospital Medicine. Sep. 1973, Page 250–256.
- Little, John R. M. D., and Col. Cerebellar hemorrhage in adults. Diagnosis by C. T. Journal of Neurosurgery 48:575–579.
- Ott, Kenneth M. D. and Col. Cerebellar hemorrhage. Diagnosis and Treatment. Archives of Neurology. Vol. 31, Sept. 1974, Page 160–167.
- Pineda, Anselmo M. D. CT in intracerebral hemorrhage. Surgical Neurology. Vol. 8, July 1977, Page 55–58.
- Ploncard, P. H. y del Vivo, R. Hemorragias espontáneas do cerebello. Revista Española de Oto-Neuro-Oftalmología y Neurocirugía. Año 28. Tomo 30, No. 178, Page 253.
- Reed Murtagh, F. M. D. and Balis, G. A. M. D. CT localization of Posterior Fossa Bleeding sites in subaracnoid hemorrhage. Surgical Neurology. Vol. 16, No. 313. Sept. 1981, Page 211–217.
- Rubio, E. y Col. Hematomas intraparenquimatosos espontáneos. Revista española de Oto-Neuro-Oftalmología y Neurocirugía. Año 35. Tomo 37, No. 206, pag. 75.
- Yosshida, Shimidi M. D. and Col. Acute hypertensive cerebellar hemorrhage with signs of lower brain stem compression. Surgical Neurology Vol. 10, No. 2, Page 79–83, August. 1978.