

**Correlación clínico-tomográfica del hematoma intraparenquimatoso**

**Clinical-tomographic correlation of the intraparenchymatous hematoma**

**Dr. Eugenio de Zayas Alba; Dr. Rafael Pila Pérez; Dr. Rosbel Morgado; Dr. Rafael Pila Peláez**

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba.

**RESUMEN**

Se realizó un estudio transversal descriptivo a todos los pacientes con diagnóstico clínico y tomográfico de hematoma intraparenquimatoso espontáneo egresados de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech de Camagüey desde el 1ro de marzo de 2002 hasta el 28 de febrero de 2003, con el objetivo de correlacionar clínica e imagenológicamente los enfermos diagnosticados con hematoma intraparenquimatoso espontáneo. Esta dolencia fue más frecuente en hombres que en mujeres, en pacientes blancos y mayores de 60 años. Los antecedentes más frecuentes fueron la hipertensión arterial en el 86, 5 %, seguidos por la enfermedad vascular isquémica y diferentes cardiopatías. Al 70, 6 % de los pacientes no se le diagnosticó la enfermedad en el Servicio de Urgencia; la tomografía computarizada resultó útil en el diagnóstico y topografía en el 100 %; mientras que el estudio clínico permitió llegar al diagnóstico positivo en el 92, 3 % y al topográfico en el 80, 5 % de los pacientes. El método clínico y el estudio tomográfico del hematoma intraparenquimatoso fueron útiles en el diagnóstico y localización, y dentro de ellos los más frecuentes fueron las labores, putaminales y talámicos.

**DeCS:** HEMORRAGIA CEREBRAL; ULTRASONOGRAFÍA

## **ABSTRACT**

A cross-sectional, descriptive study was carried out in all patients with clinical or homographic diagnosis of spontaneous intraparenchymatous hematoma, discharged from the Intermediate Care Unit at Manuel Ascunce Domenech Teaching Hospital of Camagüey city, from March 2002 to February 2003. Its objective was to correlate clinically and ultrasonographically those cases diagnosed as spontaneous intraparenchymatous hematoma. This entity was more frequent in men than in women, in white skin patients and older than 60 years. The more frequent antecedents of these patients were arterial hypertension in 86, 5 % of cases, followed by the ischemic vascular disease and different cardiopathies. To 70, 6 % of patients the disease was not diagnosed in the emergency service; computed tomography was useful in the diagnosis and the topography in the 100 % of cases, while clinical study allowed us to reach to a positive diagnosis in 92, 3 % and tomographic study of the intraparenchymatous hematoma were useful in the diagnosis and localization, and among them, the more frequent were putaminal and thalamic.

**DeCS:** CEREBRAL HEMORRHAGE; ULTRASONOGRAPHY

## **INTRODUCCIÓN**

El conocimiento de la anatomía del sistema nervioso central (SNC) es de gran importancia, no sólo para el estudio y diagnóstico en el paciente neurológico, sino también para dar explicación y aplicación práctica a toda la gama de síntomas y signos que presentan estos enfermos y permiten localizar más o menos con exactitud el nivel de la lesión a lo largo del neuroeje.<sup>1</sup>

Existen numerosos medios de diagnóstico útiles en las enfermedades neurológicas y es necesario conocer sus aplicaciones e interpretaciones, importancia y limitaciones. Dentro de éstos, la tomografía computarizada (TC) constituye en nuestro medio un método con una importancia insuperable. Este procedimiento registra electrónicamente la resistencia ofrecida por el cerebro, el líquido cefalorraquídeo y el cráneo al paso de los rayos x; esta técnica

señala y confirma la presencia de hemorragias, deformidades de los sistemas ventriculares por efecto de tumores, infartos, alteraciones vasculares y otros que permiten la confirmación de un diagnóstico clínico presuntivo.<sup>2</sup> La TC es un método diagnóstico que no ha podido ser sustituido ni mejorado por otro, incluyendo la resonancia magnética nuclear (RMN) en procesos como las hemorragias, los trastornos óseos y las calcificaciones.

La hemorragia intracraneal o apoplejía y dentro de éstas la hemorragia intracerebral o hematoma intraparenquimatoso (HIP), constituye en Estados Unidos el 14 % de las muertes atribuidas a enfermedades cerebrovasculares (ECV); estudios realizados en ese país han demostrado que la incidencia de la hemorragia intracerebral comparativamente con décadas anteriores se ha incrementado, por ejemplo, de 1965 a 1974 y de 1975 a 1984 aumentó en un 36 %.<sup>3</sup>

Con el decursar de los años el reporte del incremento del número de casos de HIP estará en estrecha relación con el uso de la TC y otros medios sofisticados de diagnóstico, así como al mayor conocimiento y control de la hipertensión arterial (HTA) como factor de riesgo del HIP,<sup>4</sup> representa entre el 5 y el 16 % de todos los ictus,<sup>5</sup> y para otros autores entre el 5 y el 19 %.<sup>6</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud, la ECV representa la tercera causa de muerte y la primera de invalidez en los adultos; en España constituye la primera causa de muerte por afecciones específicas en las mujeres. Entre las enfermedades cerebrovasculares el grupo patológico de las hemorragias supone aproximadamente el 20 % de los casos incidentes de ictus.<sup>7</sup>

La mortalidad por ECV ha mostrado un incremento progresivo en Cuba desde finales de la década de los años setenta, alcanzando las cifras mas altas en 1999, con la tasa bruta reportada de 75.4 x 100 000 habitantes.

En los últimos cinco años en nuestro país mueren como promedio anualmente 7 900 personas por esta causa; de ellas, la mayoría tienen 60 años o más; en cuanto al sexo en las últimas décadas se ha evidenciado un aumento o una inversión en la proporción masculina-femenina con una mayor morbimortalidad en las mujeres.<sup>8</sup>

El objetivo de nuestro estudio es conocer la utilidad del método clínico y el estudio por TC en el HIP no traumático en la Unidad de Cuidados Intermedios de nuestro hospital.

## MÉTODO

Se realizó un estudio transversal descriptivo a todos los enfermos diagnosticados con HIP ingresados en la UCIM del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech de Camagüey desde el 1ro de marzo de 2002 al 28 de febrero de 2003. El universo estuvo constituido por 51 pacientes. Los datos se obtuvieron de la historia clínica de cada paciente, así como de los reportes estadísticos y los informes del departamento de Radiología, a partir de los cuales se aplicó una encuesta confeccionada según marco referencial conceptual, la cual constituyó el registro primario de la investigación.

Las variables estudiadas, cuya selección se corresponde con los criterios que determinaron la confección de la encuesta fueron edad, sexo, color de la piel, condiciones previas de salud, diagnóstico clínico y presuntivo del servicio de urgencia, y el diagnóstico presuntivo después de la valoración neurológica.

Al mismo tiempo se valoró el diagnóstico positivo y topográfico por TC, el diagnóstico positivo clínico, la correlación en el diagnóstico positivo clínico y tomográfico, así como su localización topográfica por estos medios. Además se tuvo en cuenta el tiempo en que se realizó la TC y la necesidad de otros medios diagnósticos y el estado de los pacientes al egreso.

Para los resultados se utilizaron como medidas estadísticas la frecuencia y el porcentaje y como medidas de asociación el test de hipótesis de media. Se trabajó con un 95 % de confiabilidad.

### Control semántico

**Enfermedades cerebrovasculares:** grupo de enfermedades que involucran invariablemente a los vasos sanguíneos encargados de la irrigación del SNC.<sup>9</sup>

**Tipo de infarto:** se clasificaron los tipos de infarto según el glosario de neurología de la Sociedad Española de Neurología<sup>10</sup> el cual establece las categorías de infarto aterotrombótico, cardioembólico, lacunar, hemodinámico e indeterminado.

**Hemorragia Cerebral o HIP no traumático o espontáneo:** comprende la extravasación de sangre que ocurre dentro del parénquima cerebral y forma una masa groseramente oval o circular que desorganiza el tejido a medida que el derrame continúa y crece en volumen, habitualmente hay roturas o penetración de sangre en el sistema ventricular o el espacio subaracnoideo.<sup>3,7</sup>

**Diagnóstico presuntivo en el servicio de urgencias:** comprende la primera impresión diagnóstica del enfermo a su llegada al hospital señalada en la historia clínica o en la orden del ingreso.

**Diagnóstico presuntivo en UCIM**, así como el diagnóstico topográfico en esta sala, la cual estuvo comprendida por una valoración del paciente por el equipo de neurología.

**Diagnóstico topográfico clínico:** correspondió a la localización de la lesión, se tuvieron en cuenta las manifestaciones clínicas y el examen físico.

**Diagnóstico positivo clínico y tomográfico:** aquellos pacientes en los cuales fue diagnosticado el HIP por la clínica y fue corroborado posteriormente mediante la TC.

**Diagnóstico topográfico clínico-radiológico:** aquellos casos a los cuales por la clínica se planteó un nivel lesional o topografía específica según los aspectos clínicos y luego fue confirmada por TC.

**Fallecidos por complicaciones asociadas:** enfermo que evolucionó a la muerte por aparición en el transcurso de la evolución de complicaciones no relacionadas directamente con el proceso neurológico.

**Fallecidos por complicación o proceso propiamente neurológico:** complicación del paciente durante la evolución clínica que presentó algún cuadro neurológico relacionado o inducido por el propio HIP.

## RESULTADOS

El mayor número de pacientes en esta serie se presentó después de los 60 años (76, 5 %), predominaron las edades entre los 61 y 70 años (29, 4 %); el 54, 9 % de los hombres enfermaron y las mujeres en el 45, 1 %, en los primeros predominaron las edades entre 61 y 70 años en el 19, 6 %.

El antecedente patológico más frecuente al momento del ingreso fue la HTA en 44 pacientes (86, 3 %) y de ellos el 56, 8 % presentó otra enfermedad crónica de base que coincidió con tres entidades. Solamente seis enfermos (11, 8 %), tenían antecedentes de salud previa, aparentemente (Tabla 1).

**Tabla 1.** Antecedentes de salud previa de los pacientes

<b>ANTECEDENTES</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Hipertensión arterial	44	86,3
Ataque transitorio de isquemia	5	9,8
ECV Isquémica anterior	5	9,8
Diabetes mellitus tipo II	4	7,9
Cardiopatía isquémica	3	5,8
Obesidad	3	5,8
Cardiopatía y ataque transitorio de isquemia	2	3,9
Otros	4	7,9
Historia de salud anterior	6	11,8

Fuente: Expedientes clínicos.

El principal signo clínico encontrado en los enfermos fue la presencia de un defecto motor agudo que pudo o no estar acompañado del signo de Babinski en 41 pacientes (80, 3 %), lo cual está relacionado con la localización, tamaño y tiempo transcurrido del HIP; las cifras tensionales elevadas se presentaron en 34 oportunidades (66, 7 %), mientras las alteraciones de conciencia y el lenguaje se observaron en el 49, 0 % y 45, 1 %, respectivamente (Tabla 2)

**Tabla 2.** Principales síntomas y signos clínicos

<b>Síntomas y signos</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Defecto motor agudo con Babinski	26	50,9
Defecto motor agudo sin Babinski	15	29,4
Cifras de tensión arterial elevadas	34	66,7
Alteraciones del nivel de conciencia	25	49,0
Alteraciones del lenguaje	23	45,1
Cefalea	14	27,5
Rigidez nuca	10	19,6
Vómitos	8	15,7
Alteraciones de la motilidad ocular	6	11,8
Convulsiones	3	5,7
Otros	3	5,7

Fuente: Expedientes clínicos.

Con respecto al diagnóstico presuntivo se apreció que en solo 15 pacientes (29, 4 %) fue diagnosticado en el Servicio de Urgencia como un HIP; sin embargo, en la UCIM se realizó en 36 oportunidades (70, 6 %), llamó la atención la cantidad de trastornos neurológicos que se tuvieron en cuenta en el Servicio de Urgencia, lo cual puede relacionarse con una deficiente o mala evaluación inicial (Tabla 3).

**Tabla 3.** Comparación de los diagnósticos presuntivos del servicio de urgencia y de la unidad de cuidados intermedios

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	Servicio de Urgencia		Cuidados Intermedios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Hematoma intraparenquimatoso	15	29,4	36	70,6
Infarto cerebral aterotrombótico	9	17,4	1	1,9
Hemorragia subaracnoidea	7	17,7	-	-
Emergencia hipertensiva	3	5,8	-	-
Hematoma subdural v/s HIP	2	3,9	-	-
Hematoma subdural v/s infarto cerebral	2	3,9	-	-
Ataque transitorio de isquemia	2	3,9	-	-
Enfermedad cerebrovascular isquémica	2	3,9	-	-
Infarto cerebral cardioembólico	1	1,9	-	-
Infarto cerebral hemorrágico	1	1,9	-	-
Infarto cerebral aterotrombótico v/s Tumor cerebral	1	1,9	-	-
Enfermedad cerebrovascular Hemorrágica	1	1,9	-	-
Hemorragia intraventricular	1	1,9	-	-
Hemorragia talámica	1	1,9	-	-
Síndrome convulsivo v/s hematoma subdural	1	1,9	-	-
Encefalopatía hipertensiva	1	1,9	-	-
Tumor cerebral	-	-	1	1,9
HIP v/s Infarto cerebral	-	-	1	1,9
No evaluados por neurología	-	-	10	19,6

Fuente: Expedientes clínicos.

Los informes de la TC, así como los resultados finales en exámenes evolutivos, corroboraron en el 100 % de los casos de HIP que ningún método sustituye a este procedimiento y que el diagnóstico se pudo establecer desde un primer examen en 47 pacientes (92, 4 %) lo que indica su resolutivez y eficacia (Tabla 4).

**Tabla 4.** Diagnóstico positivo por TC

<b>DIAGNÓSTICO POSITIVO</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
HIP	47	52,4
Enfermedad cerebrovascular Isquémica	1	1,9
Tumor cerebral	1	1,9
Hemorragia ventricular	1	1,9
HIP v/s tumor cerebral	1	1,9
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

Fuente: Formulario.

La necesidad de reexámenes tomográficos simples con fines diagnósticos, o sea, para establecer un diagnóstico preciso, fue muy escaso (5, 8 %); el examen contrastado fue necesario en un enfermo (1, 9 %), pues el examen inicial fue dudoso con un proceso de sangramiento intratumoral que más tarde se identificó al contrastar la imagen como HIP no homogéneo con gran edema.

La topografía más importante por la clínica y la TC correspondió a los lóbulos (frontales, parietales, occipitales) que se sospecharon en 17 pacientes (42, 5 %) y se encontraron en 14 (35, 0 %). De los siete frontales, dos no se correspondieron, uno fue informado en núcleos basales y el hemisferio y el otro no se informó por TC; de los siete parietales, uno fue temporal y el otro potaminal. De los tres occipitales, dos casos coincidieron con la TC, el otro resultó talámico y no presentó coincidencias (Tabla 5).



**Tabla 5.** Diagnóstico topográfico-clínico- imagenológico

Diagnóstico topográfico	Clínico		Imagenológico		Diferencia	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Frontales	7	17,5	5	12,5	2	5,0
Parietales	7	17,5	5	12,5	2	5,0
Occipitales	3	7,5	3	7,5	1	2,5
Temporal	-	-	1	2,5	-	-
Putaminales	15	37,5	13	32,5	3	7,5
Talámicos	1	2,5	1	2,5	3	7,5
Caudado	3	7,5	2	5,0	1	2,5
Pontino	-	-	1	2,5	-	-
Cerebelosos	1	2,5	1	2,5	-	-
Hemisferio Cerebral	1	2,5	2	2,5	-	-
Núcleos basales y hemisferio	-	-	1	2,5	-	-
Otros diagnósticos	2	5,0	-	-	2	5,0
No topografía en TC	-	-	-	-	2	5,0

Fuente: Expedientes clínicos.

Le siguieron en orden de frecuencia los putaminales planteados por la clínica en 15 ocasiones (37, 5 %), 13 de ellos (32, 5 %) fueron confirmados por la TC, un caso no diagnosticado fue localizado en región parietal y posteriormente resultó putaminal.

De los tres enfermos que no se correspondieron con los putaminales, dos resultaron talámicos y uno no se especificó por TC. De los tres caudados, dos coincidieron y el otro fue pontino. Se exceptuaron 11 pacientes no atendidos por el grupo de neurología.

Al 72 % se le realizó la TC entre las 6 y 48 h de ingresados, sólo al 5, 8 % se le practicó de forma rápida en el Servicio de Urgencia y a un pequeño grupo (21, 5 %) se llevó a efecto después de 48 h.

De los 51 enfermos se exceptuaron 10 pacientes no atendidos por neurología y dos casos que llegaron a terapia intermedia con diagnóstico positivo, pero no topográfico. De los 39

pacientes analizados referente a la correlación clínico-imagenológica, 36 (92, 3 %) fueron interpretados correctamente y no existió un diagnóstico preciso en tres pacientes (7, 7 %). La correlación clínica-imagenológica-topográfica se confirmó en 36 enfermos (70, 5 %), de los cuales en 29 (80, 5 %) fue correcta, es decir, existió correlación clínica-imagenológica en cuanto a su localización, mientras que en siete (19, 5 %) no se pudo determinar.

## DISCUSIÓN

El HIP afecta a pacientes de ambos sexos y de cualquier edad, en nuestra investigación fue mayor en pacientes de 60 años, lo cual se relaciona con las series de otros investigadores.<sup>2, 4, 8</sup>

Fuentes y Diez Tejedor<sup>11</sup> señalan que aunque la enfermedad es mayor en el sexo masculino, como se reportó en nuestro estudio, existió un aumento del sexo femenino en los años 1994-1996, ya que las mujeres fueron las más afectadas, esto coincide con lo planteado por Adams et al.<sup>12</sup> Aunque el color de la piel está relacionado con las características étnicas de nuestra provincia, otros estudios especifican que sobre todo la raza negra es la más afectada y la de peor pronóstico al padecer enfermedades cerebrovasculares.<sup>6, 7</sup>

La mayoría de los estudios coinciden que el volumen del HIP, la extensión al sistema ventricular, la localización supratentorial, sobre todo en ganglios basales constituyen aspectos importantes de mortalidad en esta enfermedad y a ésta se encuentra asociada la HTA, la diabetes mellitus y la hipercolesterolemia,<sup>13</sup> en nuestra serie se evidenció ya que la HTA, las enfermedades de vasos cerebrales y la diabetes mellitus constituyeron los antecedentes fundamentales del HIP; lo que coincide con otros autores.<sup>5, 10</sup>

Entre los principales síntomas y signos de nuestros pacientes, el defecto motor agudo con o sin Babinski fue reportado en 41 pacientes (80, 3 %) seguido de cifras elevadas de HTA en 34 (66, 7 %) y las alteraciones del nivel de conciencia en 25 (49, 0 %); no obstante el diagnóstico clínico de HIP basado exclusivamente en la clínica es extremadamente difícil y debe reconocerse que en gran número de enfermos los hallazgos de la TC son inesperados ya que la HIP puede ser anunciada por síntomas aparentemente banales o de forma violenta que conducen rápida o incluso instantáneamente a la muerte. La forma más frecuente puede ser aguda y se presenta en el 75 % de los enfermos, pero también se puede manifestar subaguda o incluso fluctuante.

Desde el punto de vista clínico muchos autores <sup>14</sup> definen la HIP como un déficit neurológico focal de instauración brusca; habitualmente el déficit es máximo desde el inicio o en pocos minutos, en un tercio de los casos puede progresar en las primeras horas, acompañado de cefalea en el 40 % frente a 17 % en los cuadros isquémicos, náuseas, vómitos, disminución precoz de conciencia que llega al 50 % de forma excepcional en los pacientes aterotrombóticos, estos últimos aspectos coinciden plenamente con nuestro trabajo y el aumento de la HTA en cerca del 90 % de los casos, que aunque sugestivo, pueden hacer sospechar la hemorragia, no obstante, es necesario corroborarla a través de la TC. <sup>6</sup> Hay que tener presente que la manifestación de un HIP es un déficit neurológico focal en el 90 % de los enfermos con signos variados dependientes de la localización del hematoma, <sup>15</sup> se encontró en el 80,3 % y apareció en las primeras horas del ictus.

Sólo el 29,4 % de los casos fue diagnosticado certeramente como HIP, mientras que en la UCIM se efectuó en 36 oportunidades (70,6 %), el mayor por ciento de error estuvo representado por el infarto cerebral aterotrombótico en 17,4 %. Si comparamos lo encontrado al ingreso en el Servicio de Urgencia con lo hallado después de un cronopatograma bien detallado, con un examen físico minucioso realizado por el equipo de neurología, observamos que el margen de error comprendió sólo el 5,8 % del total de pacientes y contrariamente a lo registrado en el Servicio de Urgencia se diagnosticó acertadamente el 74,6 % de estos casos.

Ningún método sustituye a la TC en el diagnóstico de HIP, en nuestro estudio se encontró positividad en 47 pacientes (92,4 %) y así también lo reportan Berlix y Tornaw.<sup>16</sup> Este proceder no sólo permite el diagnóstico y la localización topográfica, sino que además, según señalan Lainez et al. <sup>17</sup> también aclara la diferenciación entre isquemia y hemorragias y confirma si es una lesión única y homogénea; todos estos aspectos fueron evidenciados en este estudio y se constató que la TC tiene una alta resolutivez y gran eficacia, a través de este procedimiento se precisa la aparición de hidrocefalia, el sangramiento ventricular, los signos de contaminación ventricular, el volumen del hematoma, localización y signos de desplazamiento de línea media con un elevado valor pronóstico. <sup>6, 7, 9</sup> Se ha indicado que volúmenes superiores a 60 cm<sup>3</sup> en hemorragias profundas, provocan una mortalidad de 100 %, mientras que las lobulares en un 71 %, <sup>12</sup> los cerebelosos superiores a 30 cm<sup>3</sup> son letales y 5 cm<sup>3</sup> son suficientes para provocar la muerte en los pontinos, <sup>2, 5</sup> es por ello que Álvarez Sabin, et al. <sup>18</sup> refieren que la TC es el método de elección en el ictus hemorrágico específicamente en el HIP.

La topografía más frecuente en nuestro trabajo correspondió a los hematomas lobares con sospecha en el 42,5 % y fueron positivos en el 35 %, seguidos de los putaminales (37,5

%), de los cuales 12 fueron corroborados por TC, en un paciente hubo sospecha de localización parietal y resultó ser también putaminal.

El sangramiento lobular tras la hemorragia putaminal, representa la segunda localización más frecuente de hemorragias cerebrales, excepto en adultos jóvenes menores de 45 años, entre los cuales puede ocupar el primer lugar.<sup>12</sup> En nuestra serie estos ocuparon el primer lugar en cuanto a topografía, se señala como causa más frecuente la HTA, las diálisis hemorrágicas y malformaciones vasculares,<sup>2</sup> esta regularidad en su localización puede estar en relación con la gran cantidad de hipertensos de esta serie. Se pudo apreciar como señalan varios autores<sup>16-18</sup> que el comienzo es brusco, con cefalea, vómitos y sintomatología focal que depende del lóbulo afectado.

De modo global las hemorragias lobares se presentaron en similar magnitud a las hemorragias putaminales en la muestra analizada, lo que puede estar relacionado con el porcentaje de pacientes mayores de 60 años.

Algunos investigadores señalan<sup>5</sup> que los hematomas putaminales son los que se reportan con más frecuencia, sin embargo, en este trabajo se manifestaron en un segundo orden de frecuencia, Adams<sup>12</sup> reporta que aproximadamente 1/3 de todos los HIP (35-50 %) es la localización más frecuente de los hematomas por HTA crónica y se produce por la ruptura de las arterias perforantes de la arteria cerebral media o de la cerebral anterior. Según la afectación de estas ramas, serán las manifestaciones clínicas que presentará el paciente.

Berlix y Tornaw<sup>16</sup> en su investigación de 326 pacientes encontraron que 254 (77, 9 %) presentaron localizaciones lobares, ganglios basales en 46 enfermos (14, 1 %), y tallo cerebral y cerebelo en 3, 9 y 2, 5 %, respectivamente, según otros autores<sup>2, 19</sup> el tiempo idóneo para efectuar la TC es el segundo día del ictus, o sea, alrededor de las 48 h, pues es cuando ocurre el "pico" de mayor hiperdensidad de la imagen, en este estudio fue realizada la TAC entre las 6 y 48 h en el 72, 7 %, a un solo paciente se le practicó en el servicio de urgencia y al 21, 5 % se le realizó después de las 48 h; no obstante, en este grupo estudiado la TC resultó francamente positiva en todos los enfermos, aun realizados precoz o tardíamente.

Se excluyeron de la correlación clínica-imagenológica, 12 pacientes (19, 6 %) por el hecho de que no fuera examinado por Neurología o se les realizara TC de urgencia y se estudiaron sólo 39, de ellos 36 con excelente correlación (92, 3 %), mientras que tres de ellos no lo presentaron (7, 7 %), estos resultados son similares a los de Adams<sup>12</sup> y Murata et al,<sup>20</sup> quienes señalan como vitales la aplicación del método clínico en el diagnóstico de esta enfermedad, dos pacientes (3, 9 %) tenían el informe de HIP positivo por TC, pero no específica la topografía.

En cuanto a la correlación clínica-imagenológica practicada a 36 pacientes, ya que se exceptuaron 12 de 51 pacientes, el 70, 6 % fue estudiado y encontramos que en 29 (80, 5 %) hubo una correcta correlación, mientras que en 7 (19, 5 %) no ocurrió de esa forma, esta relación es muy similar a la reportada por otros autores.<sup>2, 5, 13</sup>

## CONCLUSIONES

El sexo masculino y las edades superiores a los 61 años predominaron en los pacientes. La hipertensión arterial, la enfermedad cerebrovascular isquémica y las cardiopatías isquémicas fueron los antecedentes más importantes. Un cuadro agudo con déficit motor, trastornos del nivel de conciencia y cifras elevadas de tensión arterial caracterizaron el cuadro clínico del mayor número de enfermos. Existió bajo índice de sospecha o presunción en el Servicio de Urgencias, el proceso neurológico fue interpretado como infarto cerebral aterotrombótico y hemorragia subaracnoidea. La TC permitió confirmar el diagnóstico clínico y topográfico en todos los casos. Los hematomas lobares, putaminales y talámicos fueron los más frecuentes. La aplicación adecuada del método clínico resultó útil para llegar al diagnóstico y topografía del HIP.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estévez A, Castro C. Semiología del sistema nervioso del adulto. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2002. p.160-6.
2. Kaufman H. Intecerebral Hematomas. New Cork: Raven Press; 1992. p. 69-75.
3. Adams R, Víctor M. Principios de Neurología. T 1.La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1984. p. 1-20.
4. Lainez J, Pareja A. Tratamiento médico de la hemorragia cerebral. Rev Neurol 2000;31(2):174 -9.
5. Osborn A, Eskridge J, Grossman R, Hudgins P, Roos J. Strokes. Year book of Neuroradiology. Sain Louis: Mosby; 1996. p. 241-317.
6. Irinia-Sieira P, Moya-Molina M, Martínez-Vila E. Aspectos clínicos y factores pronósticos en la hemorragia intracerebral. Rev Neurol 2000;31(2):192-7.

7. Arboix A, Díaz J, Pérez-Sampere A, Álvarez Sabin. Ictus: tipos etiológicos y criterios diagnósticos. Guía para tratamiento y prevención del ictus. Neurología 2002;17 Supl.3:3-12.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención y Control de las enfermedades cerebrovasculares. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000 .p. 37- 41.
9. Escosa-Bagé M, Sola R. Indicaciones quirúrgicas de la hemorragia intracerebral no traumática. Rev Neurol 2001;32(11):1160-2.
10. Martí-Vilalta J, Matías-Guiu J. Nomenclatura de las enfermedades vasculares cerebrales. Neurología 1987;2:166-75.
11. Fuentes B, Díez-Tejedor E. Beneficio de la unidad de ictus en el tratamiento de la hemorragia intracerebral. Rev Neurol 2000;31(2):171-4.
12. Adams R, Víctor M, Allan R. Principios de Neurología. 6ta ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p. 3-10 ,770-865.
13. López González F, Aldrey J, Pardellas H, Castillo J. Morbilidad de la hemorragia intracerebral. Rev Neurol 1999;28(159):755-7.
14. Pérez L, Martín Martínez J, Bestué M, Oliveros A. Presentación precoz de crisis y evolución de la epilepsia en la hemorragia intraparenquimatosa cerebral. Rev Neurol 1999;28(3):305-9.
15. Kase C, Caplan L. Clinical features at different sites. In Kase C, Caplan L. Intracerebral hemorrhage. Boston: Butter worth - Heinemann;1994. p. 305-8.
16. Berlix P, Tornaw K. Outcome of intracerebral hemorrhage: Clinical and CT findings in 326 patients. EUR J of Neurology 1994;1(1):29-34.
17. Laínez J, Pareja A, Martí-Fabregas J, Leira R. Guía de actuación clínica en la hemorragia cerebral. Guía para el tratamiento y prevención del ictus. Neurología 2002; 17(Supl 3):76-86.
18. Álvarez Sabin J, Mostacero E, Molina C, Moltó J. Guía para la utilización de los métodos y técnicas diagnósticas en el ictus. Guía para el tratamiento y prevención del ictus. Neurología 2002; 17 (Supl 3):13-29.
19. Pulsinelli W. Enfermedades cerebrovasculares. En: Cecil. Tratado de Medicina Interna. Vol 3. 20ª ed. Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 1998. p. 2400-3.
20. Murata Y, Yamaguchi S, Kajikawa H, Yamamura K, Sumioka S, Nakamura S, et al. Relationship between the clinical manifestations, computed tomographic findings and the outcome in 80 patients with primary pontine hemorrhage. J Neurol Sci 1999;167(2):107-11.

Recibido: 6 de abril de 2004

Aceptado: 14 de junio de 2004

*Dr. Eugenio de Zayas Alba.* Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencia.  
Profesor Instructor del ISCM de Camagüey. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente  
Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. [eugenio@shine.cmw.sld.cu](mailto:eugenio@shine.cmw.sld.cu)