

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA

CARLOS MARTORELL LLOBREGAT

MIR-2 NEUROCIRUGÍA

HEMORRAGIA CEREBELOSA

- ❑ Cirugía indicada en h. cerebelosas mayor de 3 cm y:
 - ❑ Deterioro cognitivo
 - ❑ Compresión troncoencefálica
 - ❑ Hidrocefalia
- ❑ Disminuye el riesgo de compresión del tronco encefálico y de hidrocefalia
- ❑ Drenaje ventricular único no está recomendado

Hemorragia supratentorial

- ❑ Tratamiento quirúrgico controvertido
- ❑ Indicaciones no claramente definidas. Individualizar
- ❑ Últimas guías recomiendan craneotomía si:
 - ❑ Coágulo mayor de 30 mL.
 - ❑ A menos de 1 cm de superficie
- ❑ Únicamente se recomienda craneotomía y drenaje
- ❑ No se recomienda evacuación de rutina en las primeras 96 horas

Hemorragia supratentorial

❑ Estudio STICH

- ❑ Cirugía temprana vs tto conservador.
- ❑ Tendencia a mejor pronóstico en cirugía
- ❑ No diferencias estadísticamente significativas

❑ Estudio STICH II

- ❑ Tasas de resultados favorables similares en cirugía precoz (48 h) vs tto conservador
- ❑ Sesgos

Hemorragia supratentorial

- ❑ Se sugiere beneficio de la cirugía en los siguientes subgrupos:
 - ❑ Peor pronóstico en la presentación
 - ❑ Deterioro tras la presentación.
 - ❑ ICH superficial sin extensión intraventricular
 - ❑ Son necesarios nuevos estudios

Hemorragia supratentorial

❑ Bases:

- ❑ No se recomienda cirugía en pacientes que están alerta o en coma profundo. Sí en obnubilación-estupor
- ❑ Procirugía: Inicio reciente, deterioro clínico progresivo, afectación del hemisferio no dominante y ICH cercanos a corteza
- ❑ En contra de qx: comorbilidades, edad avanzada, condición clínica estable, inicio remoto de hemorragia, hemisferio dominante, inaccesibilidad de hemorragia.