

Hemorragia pontomesencefálica com comprometimento dos ventrículos e cisternas da fossa posterior.

Point - Mesencephalic hemorrhage compromising ventricles and posterior fossa cisterns.

Palavras-chave: hemorragia, hipertensão arterial, coma, tronco cerebral, imagem tomográfica.

Key words: hemorrhage, arterial hypertension, comma, cerebral truncus, tomography image.

Mariela Josué Simões *

Ronaldo Gonçalves Mendes **

Ricardo Sammy Almanza Collao ***

Maurício Martins Baldissin ****

José Carlos Figueiredo Brito *****

* Aluna do 5º ano do curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina de Jundiaí - SP

** Aluno do 6º ano do curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina de Jundiaí - SP

*** Médico Graduado pela Faculdade de Medicina de Jundiaí - SP

**** Professor auxiliar colaborador da Disciplina de Neurocirurgia-Faculdade de Medicina de Jundiaí - SP

***** Professor assistente da Disciplina de Neurocirurgia-Faculdade de Medicina de Jundiaí - SP

Instituição: Hospital do Juquery em Franco da Rocha -SP

Contato: e-mail: cl.neuro@terra.com.br

Artigo ainda não publicado.

Resumo

Os autores descrevem um paciente de 48 anos de idade, portador de hemorragia espontânea em região de tronco cerebral, comprometendo ponte, mesencéfalo, ventrículos e cisternas da fossa posterior, falecido horas após sua admissão em hospital. O paciente era obeso, hipertenso, escala de coma de Glasgow 5 (ECGla 5), escala de Hunt-Hess 5 (EHH5), respiração agônica, pupilas midriádicas de tamanho médio, atitude descerebrada bilateral. São evidenciados os aspectos anatomofisiopatológicos, suas relações com a clínica e imagem tomográfica (TC), ressaltando-se os dados da literatura quanto à importância da evolução da evolução e conduta diante dessa rara doença, de mau prognóstico e com taxa elevada de mortalidade.

Summary

The authors describe one patient forty-eight years-old, with spontaneous hemorrhage in the

cerebral truncus region, compromising bridge, midbrain, ventricles and posterior fossa cisterns. The patient died hours after his admission into hospital. He was obese, hypertensive, Glasgow's Comma Scale 5 (GLaCS 5), Scale Hunt-Hess 5 (SHH 5), agonic breathing, medium size mediatic pupils and bilateral brainless attitude. The anatomical, physiological, pathological aspects and relationships with clinical and the tomography images are emphasized, reinforcing the literature data regarding the importance of this rare evolution, which has a bad prognostic due to a high frequency of mortality.

Introdução

Os primeiros autores que descrevem a evolução e os resultados do tratamento de hemorragias intracerebrais espontâneas foram Macewen em 1883 e Cushing em 1903 ⁽¹⁾. Desde então, vários autores expressaram suas opiniões com relação ao diagnóstico e tratamento de eventos hemorrágicos no tecido cerebral.

Para Batjer e Friberg ⁽²⁾ as hemorragias cerebrais são eventos devastadores que ocorrem, em todas as idades, devido a várias causas decorrentes de doenças congênitas e adquiridas.

Jemann ⁽¹⁾ citou como fator importante, a hipertensão arterial, com ruptura de vasos intracerebrais de início abrupto, cefaléia intensa, vômitos e deficiências neurológicas focais de acordo com o local da hemorragia.

Nos estudos anatomopatológicos, nota-se que as hemorragias hipertensivas ocorrem em áreas definidas, assim distribuídas: putâmen 44%; tálamo 13%; ponte 9%; cerebelo 9% e outros locais (substância branca) 25% ⁽¹⁾.

Wityk e cols. ⁽³⁾ descreveram hipertensão arterial com hemorragias cerebrais em 40% a 70% dos casos na região lenticulocapsular; 60% a 100% no tálamo,

este de ocorrência rara, com a presença de coma imediato, alterações respiratórias, lesões vestibuloespinais e de nervos cranianos.

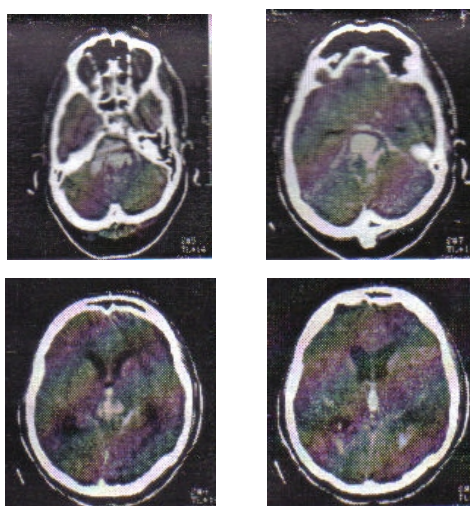
Nosso relato de caso mostra um paciente hipertenso, com doença vascular hemorrágica de início abrupto em tronco cerebral e são discutidos aspectos clínicos, tomográfico, bem como evolução neurológica, traçando um comparativo com os demais casos descritos na literatura.

Relato de Caso

O paciente P.B.R., sexo masculino, 48 anos de idade, foi admitido no Pronto-Socorro do Hospital de Clínicas de Franco da Rocha - Faculdade de Medicina de Jundiaí - em 31 de julho de 2003, levado por familiares, com desmaio e estado de coma de instalação aguda. PA= 210x150mmHg, Escala de Coma de Glasgow 5 (ECGLa), Escala de Hunt Hess 5 (EHH), respiração tipo hiperpnéia neurogênica central, pupilas arreativas tamanho médio, atitude descerebrada bilateral. Foi entubado, oxigenado por aparelho, tomadas medidas de suporte respiratório e hemodinâmico, colhidos exames laboratoriais de sangue, urina, exames radiológicos de tórax e eletrocardiograma.

Realizou-se TC de crânio e encéfalo constatando-se área hiperdensa no tronco cerebral, comprometendo mesencéfalo, ponte, 3º e 4º ventrículos, cisternas inferiores, hemorragia em fissura inter-hemisférica, pequena dilatação de ventrículos laterais sem desvios e desaparecimento de sulcos subaracnóides periencefálicos (Figuras 1 a 4).

O paciente, apesar dos cuidados ministrados, faleceu horas após sua admissão.



Figuras 1 a 4 - TC de crânio evidencia área hiperdensa no tronco cerebral comprometendo mesencéfalo, ponte, 3º e 4º ventrículos, cisternas inferiores, fissura inter-hemisférica, discreta dilatação dos ventrículos laterais, sem desvios e desaparecimento de sulcos subaracnóides e periencefálicos.

Discussão

Tem sido raramente descrita na literatura a hemorragia pontomesencefálica com comprometimento dos ventrículos e cisternas da fossa posterior; essas hemorragias são quase sempre primárias e, com grande frequência, relacionadas à hipertensão arterial sistêmica⁽⁴⁾.

O tronco cerebral é formado pelo bulbo, ponte e mesencéfalo, e nele se originam nervos cranianos importantes na motricidade ocular, deglutição, sensibilidade cefálica e movimentos respiratórios; se caracteriza quando acometido patologicamente pelas síndromes alternas e lesões pupilares autônomas, com sugimento de miose e midríase⁽⁵⁾.

Além disso, em sua região rostral existe o Sistema Reticular Ativador Ascendente (SARA), responsável pelo estado de consciência, formado por um sistema multissináptico que se projeta sobre o córtex cerebral. O estado de coma neurológico é explicado por interrupção dos estímulos tônicos ao córtex cerebral, devido à lesão da formação reticular pontomesencefálica, bem como disfunção cerebral difusa ou ambas as alterações⁽⁵⁾.

Freytag e cols.⁽⁶⁾ não encontraram casos de hemorragia ao nível de tronco cerebral em série de 393 pacientes, estudados anatomopatologicamente, falecidos por hemorragias hipertensivas cerebromeningeas espontâneas.

Dinsdale⁽⁷⁾, em 510 hemorragias intracerebrais observadas em 19.000 necrópsias, não encontrou casos hemorrágicos no tronco cerebral.

Goto e cols.⁽⁸⁾, em 18 necrópsias com hemorragia pontina primária encontraram clinicamente hipertensão arterial em 12 deles, com idade entre 40 e 70 anos. Esses autores descreveram a hemorragia situada na região média da ponte, entre as porções tegmentar e basilar e na porção lateral do tegmento.

Weisberg⁽⁹⁾ descreveu que a hemorragia talâmica primária hipertensiva ocorreu em 25 a 30% e a pontina em 7 a 10% de todas as hemorragias intracerebrais. Na ponte, os achados clínicos incluem coma, alterações respiratórias, tetraplegia, pupilas mióticas e lesões motoras oculares. Nos seis casos descritos, a TC mostrou hematoma mesencefálico com invasão da cisterna quadrigeminal em 4 casos, extensão intraventricular em 5 e hidrocefalia em todos os casos.

Segundo Gaymard e cols.⁽¹⁰⁾, a maioria das hemorragias de tronco cerebral ocorre na ponte, sendo os sangramentos mesencefálicos extremamente raros e a hipertensão arterial associada às malformações angiomasos (MAV) constituem as etiologias mais frequentes.

Mendonça e cols.⁽¹¹⁾ relataram caso de hematoma mesencefálico hipertensivo, comprovado por TC

em paciente comatoso, pupilas midriáticas, alterações respiratórias, cujo óbito ocorreu em poucas horas. O estudo necroscópico mostrou hemorragia no mesencéfalo, porção média do tegmento, 3º ventrículo e aqueduto cerebral, sem malformações vasculares.

Leal Filho e cols.⁽¹²⁾, em estudo de 21 pacientes com hemorragia de tronco cerebral, evidenciado por TC e Angiografia Cerebral (CAG), encontraram hipertensão arterial em 67% e a localização da hemorragia foi pontomesencefálica em 52% dos casos.

Link e cols.⁽¹³⁾ encontraram, em série de 7 pacientes, alterações de nervos cranianos em 88% dos casos. Em revisão de literatura⁽¹³⁾, os autores correlacionaram frequência de 73% de acometimento de nervos cranianos e hipertensão arterial crônica em 21% dos pacientes.

Nos casos de hemorragias pontomesencefálicas a hipertensão arterial é encontrada em 70 a 76% dos pacientes, com alterações estruturais secundárias à hipertensão arterial crônica nos vasos paramedianos pontinos e vasos lenticuloestriados⁽²⁾.

A evolução dos pacientes com hemorragia em regiões do tronco cerebral pode ser surpreendentemente benigna. Na literatura é descrito o seguimento de 73 pacientes, 23% dos casos sem seqüelas neurológicas, em 51% pequenas deficiências neurológicas, principalmente lesões oculomotoras do 3º e 4º nervos; seqüelas maiores ocorreram em 16% dos casos e 5% dos pacientes faleceram⁽¹³⁾.

Outros autores descreveram evolução clínica desfavorável, coma imediato, pupilas arreativas e lesões vestibuloespinhais⁽²⁾.

A TC constitui método de escolha no diagnóstico das hemorragias de tronco cerebral e a Ressonância Nuclear Magnética (RNM) é um método preciso no acompanhamento evolutivo da lesão hemorrágica. Esses métodos de imagem permitem diagnóstico precoce de pequenos coágulos, o que viabiliza a conduta perante as hemorragias intraparenquimatosas⁽⁹⁾.

Nas séries estudadas recomenda-se tratamento clínico conservador para pequenas hemorragias, reservando-se a indicação cirúrgica de drenagem para os grandes hematomas, de volume superior a 1,8cm de diâmetro, com efeito de massa⁽²⁾. Em casos de obstrução do sistema ventricular e de hidrocefalia, opta-se por sistema de derivação externa e/ou ventriculoperitoneal⁽⁴⁾.

Conclusão

O paciente descrito apresenta características concordantes com a literatura. São raros os casos de pacientes com hemorragia no tronco cerebral. As

manifestações clínicas em geral são graves, têm evolução desfavorável, com fatores de risco que são a hipertensão arterial e idade acima de 50 anos. A evolução pode ser satisfatória, desde que seja feita correção clínica das alterações sistêmicas. O tratamento cirúrgico para os hematomas espontâneos de fossa posterior deverá ser considerado para os mais volumosos em pacientes jovens com hipertensão arterial controlada e alterações leves do estado de consciência, no sentido de evitar evolução de lesões expansivas e conseqüentemente, aumento da pressão intracraniana por quadro agudo de hidrocefalia obstrutiva e morte.

Referências bibliográficas

1. Jemann, R.G. - Intracerebral and intracerebellar hemorrhage. In: Youmans, J.R. - Neurological Surgery. 1ª Ed., Philadelphia, W.B. Saunders Company, 2º vl., pág. 844-51, 1973.
2. Batjer, H.H.; Kopitnik Jr, T.A.; Friberg, L. - Spontaneous intracerebral and intracerebellar hemorrhage. In: Youmans, J.R. - Neurological Surgery. 4ª ed., Philadelphia, W.B. Saunders Company, 2º vol., pág. 1449-64, 1996.
3. Witik, R. J.; Caplan, L.R. - Hypertensive intracerebral hemorrhage: Epidemiology and clinical pathology. Neurosurg. clin. north. am, 3:521, 1992.
4. Jain, V.K. et al. - Mesencephalic haematoma, successful surgical evacuation case report. Clin. Neurol. Neurosurg., 92:159-63, 1990.
5. Roig, C.; et al. - Hémorragies mésencéphaliques isolées: Trois cas diagnostiqués par tomodensitométrie. Rev. Neurol., 138:53-61, 1982.
6. Freytag, E. - Fatal hypertensive intracerebral haematomas: A survey of the pathological anatomy of 393 cases. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry., 31:616-20, 1968.
7. Disndale, H.B. - Spontaneous Hemorrhage in the posterior fossa: a study of primary cerebellar an pontine hemorrhages with observations on their pathogenesis. Arch. Neurol, 10:200-17, 1964.
8. Goto, N. et al. - Primary Pontine Hemorrhage: Clinicopathological Correlations Stroke, 11(1):84-90, 1980.
9. Weisberg, L.A. - Mesencephalic Hemorrhages: Clinical and computed tomographic correlations. Neurology, 36:713-6, 1986.
10. Gaymard, B. et al. - Reversible Nuclear Oculomotor nerve Paralysis caused by a primary mesencephalic hemorrhage. Eur. Neurol., 30:128-31, 1990.
11. Mendonça, A. et al. - Mesencephalic Haematoma: Case report with autopsy study. J. Neurol., 237:55-8, 1990.
12. Leal Filho, M.B. et al. - Acidente vascular de tronco encefálico: Estudo de 21 casos. Arq. Neuro. Psiq, 53(1): 75-81, 1995.
13. Link, M.J. et al. - Spontaneous Midbrain hemorrhage: report of seven new cases. Surg. Neurol., 39:58-65, 1993.

INDEX COPERNICUS
INTERNATIONAL



latindex

Plagiarism
detect



redalyc.org

OPEN ACCESS