

Hematoma epidural subagudo

Subacute epidural hematoma

Yvei González Orlandi,^I Luis Elizondo Barrier,^{II} Reinel Junco Martín,^{III} Jorge Rojas Manresa,^{IV} Víctor Duboy Limonta,^V Alberto Pérez Villafuerte^{VI}

^IEspecialista de I Grado en Neurocirugía. Instructor. Hospital Militar Central «Dr. Carlos J. Finlay». La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de II Grado en Neurocirugía. Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras». La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de I Grado en Neurocirugía. Instructor. Hospital Militar Central «Dr. Carlos J. Finlay». La Habana, Cuba.

^{IV}Especialista de I Grado en Neurocirugía. Instructor. Hospital Militar Central «Dr. Carlos J. Finlay». La Habana, Cuba.

^VEspecialista de I Grado en Neurocirugía. Instructor. Hospital Militar Central «Dr. Carlos J. Finlay». La Habana, Cuba.

^{VI}Especialista de I Grado en Neurocirugía. Hospital Militar Central «Dr. Carlos J. Finlay». La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente con hematoma epidural subagudo, temporoparietal derecho, secundario a una agresión física. En el cuadro clínico, a las 24 h, predominó la cefalea de intensidad moderada, con somnolencia y agitación psicomotora ligera. Las radiografías simples de cráneo no mostraron alteraciones. Los síntomas se mantuvieron a pesar del tratamiento médico, por lo que se realizó una tomografía axial simple de cráneo que mostró la presencia de un hematoma epidural subagudo temporoparietal derecho, con desplazamiento de estructuras de la línea media. Se realizó una craneotomía temporoparietal derecha para la evacuación del hematoma posterior. El paciente evolucionó satisfactoriamente y se recuperó por completo, tanto clínica como imaginológicamente.

Palabras clave: Hematoma epidural, hematoma epidural subagudo, hematoma epidural postraumático.

ABSTRACT

This is the case of a patient presenting with right temporoparietal subacute hematoma secondary to a physical act of aggression. In clinical picture at 24 hours there was predominance of headache of moderate intensity with drowsiness and slight psychomotor restlessness. The skull single radiographies didn't show alterations. Symptoms remained despite the medical treatment, thus a single skull axial tomography was carried out showing the presence of a right temporoparietal subacute epidural hematoma with displacement from the middle line structures. A right temporoparietal craniotomy was carried out to evacuation of the posterior hematoma. Patient evolved satisfactorily with a total recovery as much clinical as imaging.

Key words: Epidural hematoma, subacute epidural hematoma, post-traumatic epidural hematoma.

INTRODUCCIÓN

El hematoma epidural (HED) es la colección de sangre que ocurre entre la tabla interna del cráneo y la duramadre cerebral. Entre un 30 % a un 91 % está asociado a fractura de la bóveda craneana, y en el adulto joven se localiza en la región temporal, en el espacio desplegable de Gerald Marshal.¹ El origen de la hemorragia suele localizarse en la arteria meníngea media o alguna de sus ramas, en un seno de la duramadre o en un vaso diploico. El HED ocurre aproximadamente en el 31 % de los pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE).²

El HED subagudo, según la clasificación de B. Jennet y G. Teasdale³ y teniendo en consideración el momento en que se hace el diagnóstico, es aquel que se diagnostica entre el tercer y los primeros 21 días. E. Pazzati y cols.⁴ consideran como subagudo al ocurrido entre 24 a 48 h después del traumatismo hasta 21 días. Los accidentes del tránsito, las caídas, los asaltos y los traumatismos de cráneo durante prácticas deportivas constituyen las causas más frecuentes del HED en los adultos.⁵ Con los HED agudo y subagudo pueden existir, entre el 24 % y el 75 % de los casos, lesiones asociadas, laceración cerebral, contusión cerebral, hematoma subdural, hematoma intracerebral.⁶

La mayoría de los pacientes con HED presentan o han presentado trastornos de la conciencia. La pérdida del conocimiento se produce con frecuencia al momento del traumatismo; se recupera después, en cuestión de horas, para degradarse posteriormente de forma progresiva hasta llegar al coma. El tiempo entre la pérdida de conciencia inicial y su recurrencia, después de un período de vigilia recibe el nombre de *intervalo lúcido*.⁷ Durante el intervalo lúcido el paciente suele quejarse de cefalea, presenta vómitos y pueden aparecer crisis convulsivas. Después, al degradarse progresivamente la conciencia hasta el coma, aparece un defecto motor progresivo contralateral al sitio del hematoma y anisocoria ipsolateral.⁸

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico y los estudios imaginológicos. La radiografía simple (sp) de cráneo, anteroposterior (AP) y lateral, suele mostrar la línea de fractura lineal o deprimida adyacente al sitio del hematoma; la ausencia de

lesión ósea puede existir entre el 10 % al 15 % de los casos.⁹ En la ventana ósea de la tomografía axial computarizada (TAC) simple de cráneo se puede comprobar o confirmar el sitio y las características de la fractura, y en la ventana de cerebro aparece una imagen hiperdensa lenticular. Se debe señalar que en las primeras horas posteriores al traumatismo, la TAC puede ser negativa;¹⁰ en los HED subagudos o crónicos, la imagen topográfica puede ser isodensa o hipodensa.¹¹

En la actualidad, HED menores de 15 mm de diámetro, con menos de 5 mm de desplazamiento de estructuras de la línea media, con menos de 25 mL de volumen, sin signos neurológicos, pueden ser tratados conservadoramente bajo estricta vigilancia clínica e imaginológica.¹² Algunos autores han reportado casos de HED subagudos o crónicos, tratados conservadoramente, los cuales se reabsorbieron en un período de 24 h a 6 semanas.^{13,14}

El pronóstico en este tipo de pacientes depende de varios factores, y aparece empeorado en casos de operación después de los 3 primeros días del traumatismo, escala de Glasgow para el coma (EGC) menor de 9 puntos, incremento del volumen del hematoma, así como el incremento del desplazamiento de estructuras de la línea media y los trastornos pupilares. La evolución es peor en los ancianos.^{15, 16}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente del sexo masculino, de 26 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus de tipo II controlada con glibenclamida (5 mg), 1 tab en almuerzo y comida. Sufre TCE secundario a una agresión física, sin pérdida del conocimiento, por lo cual acude al cuerpo de guardia del Hospital Militar Central «Dr. Carlos J. Finlay». El examen físico resultó negativo, así como los estudios imaginológicos (radiografía sp. de cráneo). Se decidió el alta y observación en la casa. Al día siguiente fue traído nuevamente por un familiar pues presentaba cefalea holocraneal, con predominio frontal, somnolencia y agitación psicomotora ligera, sin signos de focalización del sistema nervioso central (SNC).

Se indicó tratamiento médico basado en los síntomas y se realizó una TAC sp. de cráneo, donde se corroboró el diagnóstico de HED témporo-parietal derecho (figura 1). Se indicó tratamiento médico, según normas de la especialidad para este tipo de lesión, y se llevó al salón de operaciones para tratamiento quirúrgico de urgencia. Se realizó una craneotomía témporo-parietal derecha con evacuación del hematoma.

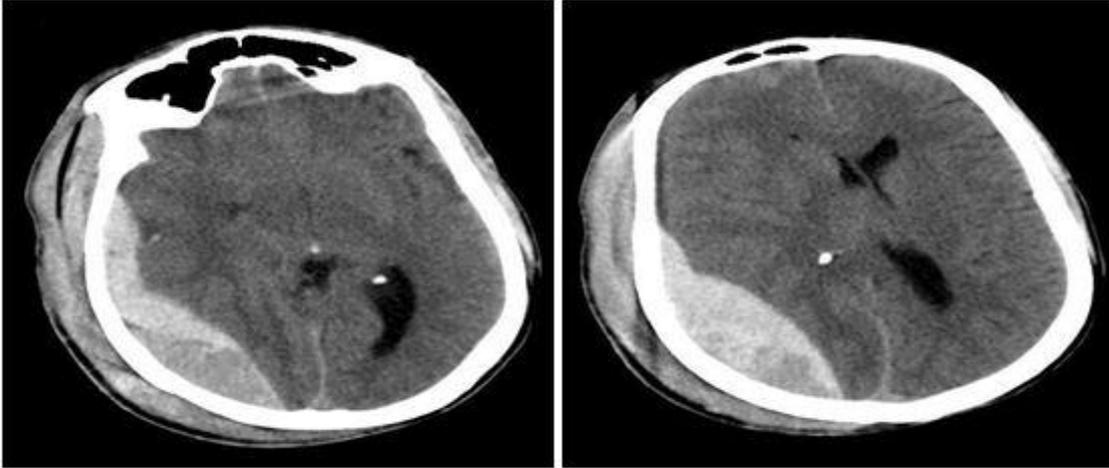


Figura 1. Tomografía axial computarizada simple de cráneo preoperatoria.

El paciente evolucionó satisfactoriamente y se le realizó una TAC sp. de cráneo evolutiva (figura 2), donde se observó un patrón cerebral normal. Fue dado de alta a los 7 días del tratamiento quirúrgico y fue visto posteriormente por consulta externa hasta el alta definitiva.

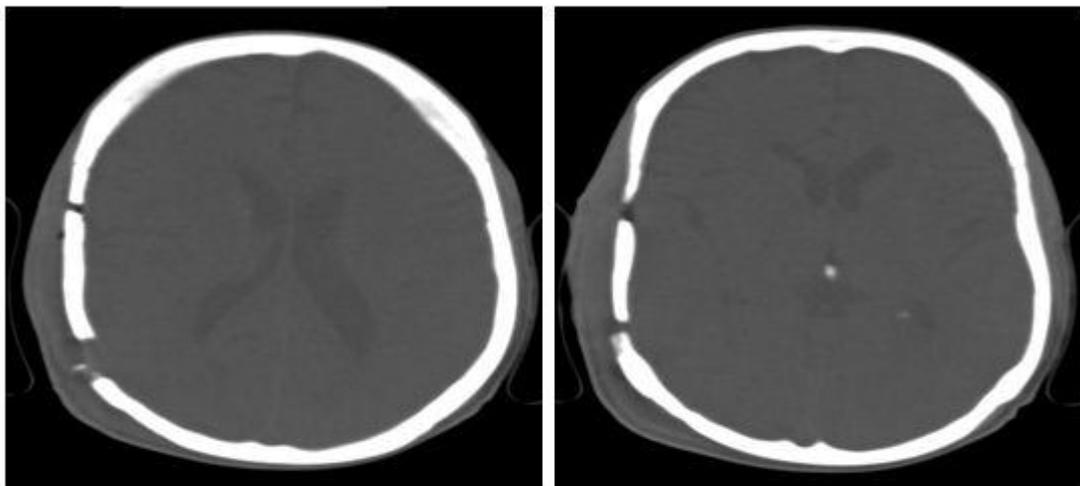


Figura 2. Tomografía axial computarizada simple de cráneo posquirúrgica.

DISCUSIÓN

El HED subagudo es poco frecuente y representa solo el 2 % al 12 % de todos los HED.¹⁷ El cuadro clínico en este tipo de pacientes dista mucho del clásico que se describe en la literatura, pues no existe pérdida del conocimiento en relación con el traumatismo ni signos de focalización del SNC, lo cual lleva a decidir la realización del estudio tomográfico a pacientes con cuadro neurológico después de las primeras 24 h de un traumatismo. La topografía suele ser más frecuente en regiones diferentes de la temporal y puede tener cualquier densidad.¹⁹ El pronóstico suele ser más favorable que en los HED agudos.²⁰⁻²² En nuestro paciente todos los

síntomas así como el patrón tomográfico resultaron ser similares a los descritos para este tipo de lesión en la literatura médica.

En conclusión, el HED subagudo se presenta en el adulto joven, después de un traumatismo craneal de causa diversa; el cuadro neurológico resulta poco específico, con sintomatología variada y diferente al descrito por la mayoría de los autores para el resto de los HED. Los estudios imaginológicos no revelan fractura de cráneo y la localización generalmente es diferente a la región temporal; su evolución resulta más favorable que la del resto de los HED.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baycaner K, Alp H, Ceviker N. Observation of 95 patients with extradural hematoma and review of literature. *Surg Neurol.* 1988;30:339.
2. Gallagher JP, Browder J. Extradural hematoma: Experience with 167 cases. *J. Neurosurg.* 1968;29:1.
3. Jennet B, Teasdale G. Management of head injuries. , Philadelphia: F.A. Davis; 1981.
4. Pozzati EF, Gaist G. Subacute and chronic extradural hematomas: A study of 30 cases. *J. Trauma.* 1980;20:795-9.
5. Rowbotham GF. Acute Injuries of the head. London: E & S Livingstone; 1964.
6. Schneider RC, Kahn EA, Crosby EC, Taren JA. Correlative Neurosurgery. Illinois: Ch. C Thomas, 1982.
7. Salas Rubio JH. Traumatismo craneoencefálico: Temas. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2007.
8. Lobato RD, Rivas JJ, Gómez PA. Head injured patients who talk and deteriorate into coma. *J. Neurosurg.* 1991;75:256.
9. Mc Laurin RL, Ford LE. Extradural haematoma. Statistical survey of forty seven cases. *J. Neurosurg.* 1964;21:364-71.
10. Frankhauser H. Les hematomes epiduraux retardés. A propos d'une serie de 8 cas. *Neurosurg.* 1948;5:294-8.
11. Sheng Hong S. Acute epidural haematoma appearing as a Side by side isodensity and hyperdensity on CT scan: Case report, *J. Trauma.* 1993;34:602-3.
12. Hamilton M, Ogle WS. Atypical features of epidural hematomas in infant, children and adolescents. *J. Neurosurg.* 1962;19: 971-80.
13. Illingworth R, Shawdon H. Conservative management of intracranial extradural haematoma presenting late. *J. Neurol Neurosurg. Psychiatry.* 1983;46:558-60.

14. Vanaciocha VG, Masbout G, Broseta J, Barcia JL. Tratamiento conservador en los hematomas epidurales. *Cir Española*. 1985;39:221-4.
15. Lee EJ, Chang L-Ch, Wang K-Ch. Factors Influencing the functional outcome of patients with acute epidural haematomas: Analysis of 200 patients undergoing surgery. *J. Trauma*. 1998;45:946-52.
16. Liao M, Bergsneider W, Becker DP. Pathology and Pathophysiology of head injuries. *Neurological Surgery*. California: Youmans; 1995.
17. Besson G, Leguyader J, Bagot D´arc M, Garré H. L´hematome extra dural de la fosse posterieure. *Problèmes diagnostiques (10 observations)*. *Neurochirurgie*. 1978;24:53-63.
18. Agrawal D, Cochrane DD. Traumatic retroclival epidural hematoma-a pediatric entity? *Childs Nerv Syst*. 2006;22(7):670-3.
19. Heyman R, Heckly A, Magagi J, Pladys P, Hamlat A. Intracranial epidural hematoma in newborn infants: clinical study of 15 cases. *Neurosurgery*. 2005;57:924-9.
20. Mendonca R, Lima TT, Dini LI, Krebs CL. Bilateral isodense epidural hematoma: case report. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63:862-3.
21. Paterakis KN, Karantanas AH, Hadjigeorgiou GM, Anagnostopoulos V, Karavelis A. Retroclival epidural hematoma secondary to a longitudinal clivus fracture. *Clin Neurol Neurosurg*. 2005;108:67-72.
22. Radulovic D, Janosevic V, Rakic M, Durovic B, Slavik E, Lakicevic N. Delayed epidural hematoma after mild head injury. *Vojnosanit Pregl*. 2005;62:679-82.

Recibido: 16 de mayo de 2009.

Aprobado: 23 de agosto de 2009.

Yvei González Orlandi. Hospital Militar Central «Dr. Carlos J. Finlay». Avenida 31, núm. 114, Marianao. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: iveyglez@infomed.sld.cu