

HEMATOMA SUBDURAL BILATERAL IDIOPÁTICO

Juan M. Geijo, Alejandro Adduci, Julieta Geijo,
Miguel A. Brocanelli, Edgardo Farinella

Servicio de Neurocirugía, Hospital Naval de Puerto Belgrano, Bahía Blanca,
Buenos Aires, Argentina.

ABSTRACT

Objective. To describe 2 cases of spontaneous subdural hematomas (SSH).

Description. We described 2 cases (female 30 years-old and male 73 years-old) of spontaneous bilateral subacute subdural hematomas that presented with headaches. Diagnosis was made with CAT and MRI (case 1) and CAT (case 2). Angiography and medical studies were negative in both cases.

Intervention. Evacuation was performed in both, with an uneventful outcome. Control CAT showed cerebral re-expansion and no hematoma.

Conclusión. SSH responded well to therapy and as we did not find their cause we prefer to call them idiopathic.

Key words: etiopathogeny, subdural hematoma, surgical treatment.

Palabras clave: etiopatogenia, hematoma subdural, tratamiento quirúrgico.

INTRODUCCIÓN

El hematoma subdural agudo es una colección de sangre entre la duramadre y la aracnoides. Habitualmente son secundarios a un traumatismo encéfalo craneano (TEC) Por ello se clasifican en hematomas subdurales traumáticos y no traumáticos o espontáneos (HSE). Las causas clínicas y la patogénesis de los HSE están en discusión por ello resulta difícil su nomenclatura. Sus posibles etiologías son variadas: discrasias sanguíneas, tumores cerebrales, malformaciones arteriovenosas y/o aneurismas cerebrales.

Villanova Martínez et al¹, han reportado el caso de un paciente portador de un HSE, evidenciado por tomografía axial computada (TAC), en cuyo estudio angiográfico cerebral, se demostró la presencia de un aneurisma de la arteria carótida interna, siendo la ruptura del mismo la causa del hematoma. De esto se deduce que en el estudio de los hematomas subdurales espontáneos la angiografía cerebral tiene un lugar muy importante dado que con ella se puede arribar al diagnóstico etiológico de muchos de estos casos.

Diversos autores han descrito la concomitancia de patologías intracraneales con HSE: Bruno et al², en meningiomas, Mori³, encontró hematomas subdurales complicados con hemorragias subaracnoideas en infantes. Takeuchi⁴ encontró una relación causal entre la enfermedad de Moyamoya y los HSE por ruptura transdural de vasos anastomóticos y De Tezanos⁵, encontró relación con patologías sistémicas como las discrasias sanguíneas. A propósito de esto un estudio efectuado sobre una población de 1.410 hemofílicos demostró que existieron 156 episodios de sangrado en el sistema nervioso central en un total de 106 pacientes; de éste total de episodios un alto porcentaje se localizó a nivel cerebral distribuyéndose de la siguiente manera: hemorragia subaracnoidea 37,7%, hemorragia intracerebral 22,7% y hematoma subdural 29,8%. El porcentaje restante correspondió a hemorragias espinales. Koc y Pasaoglu⁶, describen que menos del 5% de su serie fueron de origen arteriolar sin lesión parenquimatosa, por la ruptura de pequeñas arteriolas adheridas de la aracnoides a la duramadre en proximidad de la cisura del Silvio.

Dada la baja incidencia estadística, la poca clara etiopatogenia y la difícil nomenclatura de esta patología en las series revisadas, hacemos la presentación de estos casos:

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Casi 1

Paciente de 30 años, de sexo femenino, que concurrió a la consulta por un cuadro de cefalea frontal de larga evolución no detectándose patologías previas, ni enfermedad heredofamiliar, entre sus antecedentes. Al examen físico encontramos una paciente lúcida, orientada, sin déficit neurológico focal, con severa contractura muscular cervical.

Se solicitó TAC cerebral en la cual se observó un hematoma subdural, subagudo, frontoparietotemporoccipital bilateral, con un espesor máximo de 2 cm, del lado derecho donde presentaba mayor volumen, con colapso del sistema ventricular y desplazamiento de línea media a la izquierda. Dada la ausencia de antecedentes traumáticos se solicitaron imágenes por resonancia magnética (IRM), las cuales confirmaron el diagnóstico. (Fig. 1). Para descartar otras patologías intracranéales se la estudió con angiografía cerebral por cateterismo, observándose en la misma los desplazamientos vasculares correspondientes a la patología en cuestión.

Se realizó consulta con hematología y clínica médica, quienes descartaron la presencia de enfermedad sistémica.

Fue intervenida quirúrgicamente, teniendo una buena evolución postoperatoria. Se realizó control tomográfico posterior donde se observó reexpansión de ambos hemisferios cerebrales. La paciente fue dada de alta asintomática reintegrándose a su actividad laboral a los 60 días.

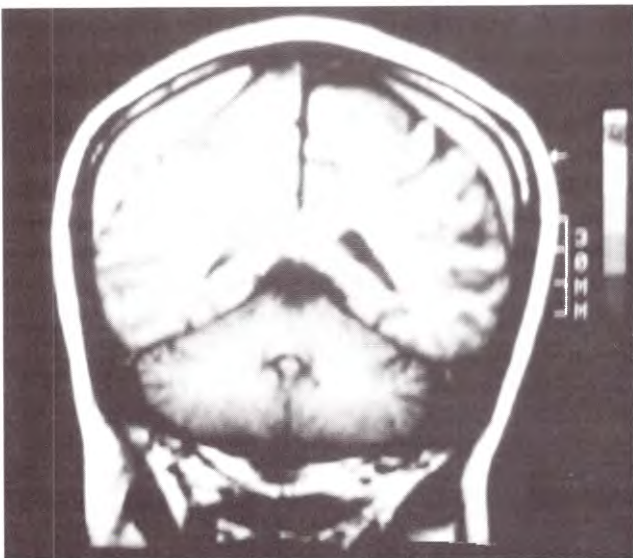


Fig. 1. IRM que muestra un HSE bilateral.

Caso 2

Paciente de 73 años, de sexo masculino, que presentó cefalea y vómitos. Concurrió en reiteradas oportunidades a la consulta médica, efectuándose el tratamiento sintomático. Concurrió a este servicio con dicho cuadro no presentando déficit neurológico ni antecedentes patológicos de interés.

Se solicitó TAC cerebral en la que se observó un hematoma subdural bilateral subagudo, (Fig. 2) indicándose intervención quirúrgica, evacuándose ambos hematomas, desapareciendo el cuadro de cefalea y vómitos en el postoperatorio inmediato. Debido a la falta del antecedente traumático se solicitó la evaluación por clínica médica y hematología descartándose enfermedad sistémica. La TAC de control a los 20 días, evidenció buena reexpansión del parénquima cerebral, derivándose a clínica médica, por cuadro broncopulmonar agudo.

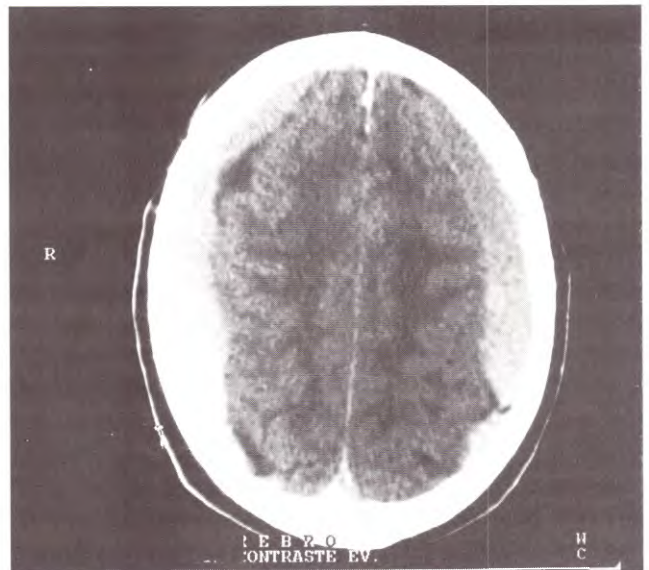
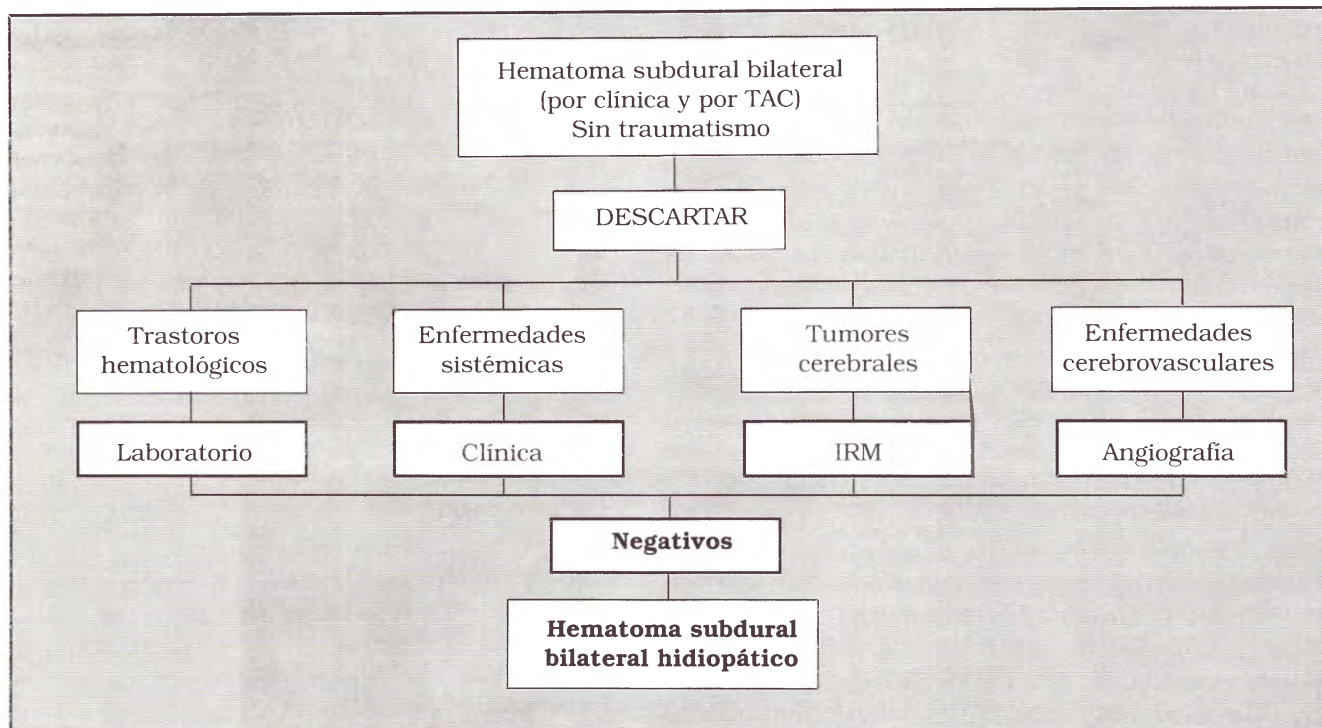


Fig. 2. TAC que muestra un HSE bilateral.

DISCUSIÓN

Mucho se ha escrito sobre esta patología haciéndose hincapié en la falta del antecedente traumático, por lo tanto denominándose los HSE. Con respecto a la patogénesis de los mismos, no siempre se encuentra la enfermedad de origen. Estos pacientes deben ser estudiados hematológicamente, y clínicamente, aparte de la TAC, IRM y angiografía cerebral, para tratar de encontrar la causa del sangrado. De todo esto se desprende que a la denominación de no traumáticos o espontáneos debería agregarse la nomenclatura de "idiopáticos", como en los 2 casos que presentamos.



CONCLUSIÓN

Dada la gran cantidad de hematomas subdurales que se observan en la práctica neuroquirúrgica, hemos hecho una revisión de nuestra estadística y de la bibliografía. Las denominaciones por su etiología han sido de traumáticos, no traumáticos y en algunos casos espontáneos. Tomando este último término como punto de partida para denominar a aquellos hematomas que carecen de trastornos hematológicos, enfermedades sistémicas, tumores primarios o secundarios del SNC y/o enfermedades vasculares cerebrales, nos parece más apropiado el término de hematoma subdural idiopático.

Bibliografía

1. Villanova Martínez M, Palencia Herrejon E. Caso clínico: III par, Hematoma subdural y hemorragia subaracnoidea. **Revista Electrónica de Medicina Intensiva** 2003; 3 (4).
2. Bruno MC, Santangelo M, Panagioutopoulos K, Piscopo GA, Narciso N, Del Basso De Caro MI et al. Bilateral chronic subdural haematoma associated with meningioma. Case report. **J Neurosurg Sci** 2003; 47: 215-27.
3. Mori K, Arai H, Nakajima K, Tajima A, Maeda M. Hemodynamic analysis of hypervolemic hemodilution therapy for cerebral vasospasm after aneurismal subarachnoid hemorrhage. **Stroke** 1995; 26: 1620-6.
4. Takeuchi S, Ichikawa A, Koike T, Tanaka R, Arai H. Acute subdural hematoma in young patient with moyo moyo disease. Case report. **Neurol Med Chir (Tokyo)** 1992; 32: 80-3.
5. De Tezanos Pinto M, Fernandez J, Perez Bianco PR. Update of 156 episodes of central nervous system bleeding in hemophiliacs. **Haemostasis** 1992; 5: 259-67.
6. Koc RK, Pasaoglu A, Kurtsoy A, Oktem IS, Kavuncu I. Acute spontaneous subdural hematoma of arterial origin. A report of five cases. **Surg Neurol** 1997; 47: 9-11.