

## HEMATOMA SUBDURAL TRAUMÁTICO DE LA UNIÓN CRANEOVERTEBRAL

J. A. Guevara, G. Zúccaro y M. Guevara

Servicio de Neurocirugía. Clínica del Sol . Buenos Aires .

### ABSTRACT

**Objective:** To our knowledge, there are no reported cases of traumatic subdural hematoma of the craniovertebral junction .

**Material and Method:** We report a five year-old girl who suffered minor head injury . 48 hours later she complained of headache and neck stiffness. Neurological examination was unremarkable. X-rays revealed cervical hiperlordosis. CT scans were normal. MRI disclosed a lesion of the craniovertebral junction .

**Results:** She underwent surgery and an acute subdural hematoma of the craniovertebral junction was removed. The recovery was uneventful . She was discharged three days postoperatively .

**Conclusion:** MRI was the only diagnostic tool that discovered this entity . Surgical evacuation must be accomplished immediately.

**Key words:** traumatic subdural hematoma, craniovertebral junction, head injury, MRI.

**Palabras clave:** hematoma subdural traumático, unión craneovertebral, traumatismo de cráneo.

### INTRODUCCIÓN

El hematoma subdural traumático de la región cervical sin lesión ósea es una entidad muy rara y son pocos los casos publicados. Pese a reiteradas búsquedas bibliográficas, no hemos hallado ninguna comunicación de hematoma subdural traumático de la charnela cráneovertebral.

Por lo anteriormente mencionado presentamos el caso de una paciente que presenta hematoma subdural de la unión cráneovertebral de etiología traumática, sin lesión ósea ni ligamentaria y con TAC de cerebro y columna cervical normales .

### CASO CLÍNICO

Se trata de una niña de 5 años que sufrió traumatismo de cráneo por caída de un tobogán de aproximadamente 2 metros de altura. No hubo pérdida de conciencia ni déficit neurológico alguno en las primeras 24 horas posteriores al trauma. Al segundo día comenzó con cefaleas y rigidez de nuca, motivo por el cual concurrió a la consulta

constatándose posición en hiperextensión cervical cuya reducción resultaba muy dolorosa .La radiología simple de cráneo y columna cervical demostró la ausencia de lesión ósea y ligamentaria sólo visualizándose marcada hiperlordosis cervical. Las TAC de cerebro y columna cervical también resultaron normales.

Al tercer día, pese al buen estado general de la niña y la ausencia de déficit neurológico, el dolor y la rigidez de nuca eran muy intensos, por lo que se efectuó IRM de cerebro y columna cervical que demostró voluminosa lesión intraspinal extramedular a nivel de la unión occipitocervical que se extendía hasta C2, provocando marcado desplazamiento ventral de la unión bulbomedular. La lesión era isointensa en T1 e hipointensa en T2, siendo compatible con hematoma agudo sin poder precisar si era extra o subdural.

Se efectuó abordaje quirúrgico por vía posterior, reseccándose hemilamina izquierda de C1 y C2 y pequeña craneotomía suboccipital. No se encontró patología extradural. Se incidió duramadre comprobándose la existencia de un hematoma sólido en el espacio subdural. Al evacuarlo se produjo la salida de líquido cefaloraquídeo a gran



Fig. 1. Rx de columna cervical (perfil) que muestra la exagerada hiperlordosis.

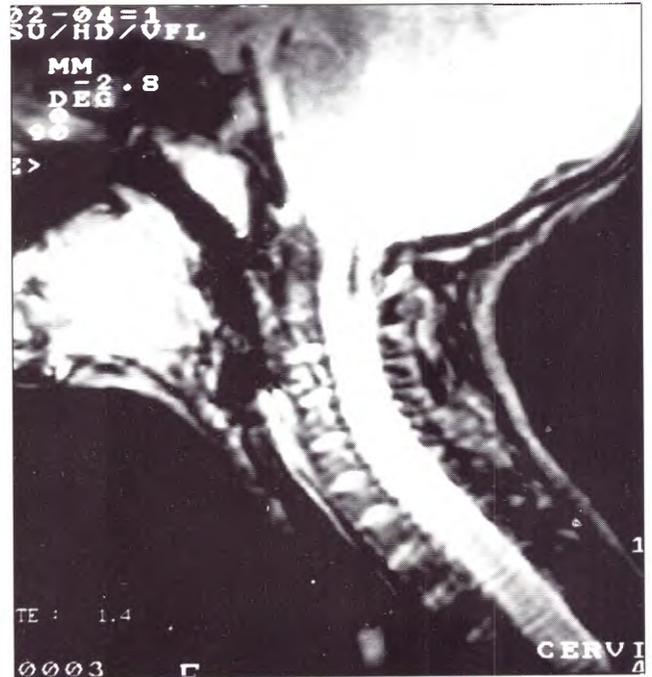


Fig. 3. IRM. Corte sagital en T2 que muestra la misma lesión que la figura 2 pero con señal hipointensa.



Fig. 2. IRM. Corte sagital en T1 donde se aprecia lesión isointensa a nivel de la unión craneovertebral.

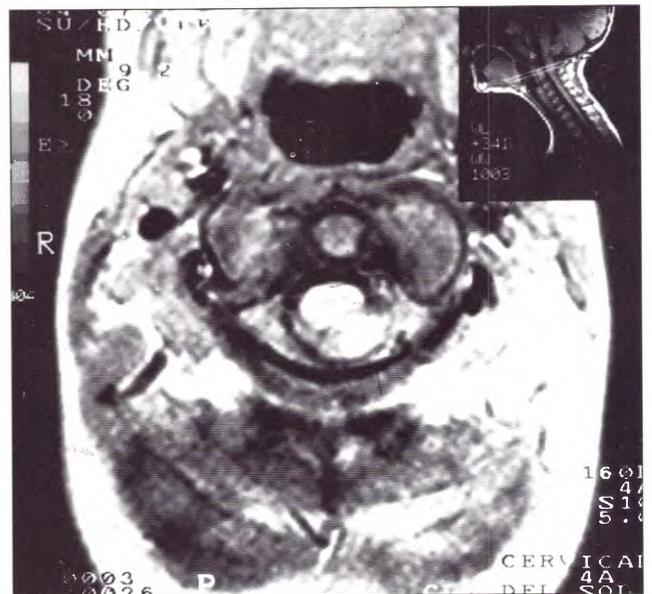


Fig. 4. IRM. Corte axial en T1 pasando por C2 donde se visualiza lesión isointensa intraespinal extramedular que comprime y desplaza ventralmente a la médula cervical.

tensión proveniente de la cisterna magna. No se encontró el origen del sangrado. Cierre por planos con técnica convencional.

La niña tuvo una excelente recuperación con desaparición del dolor y notoria mejoría de la postura cervical, egresando de la institución al tercer día postoperatorio.

### DISCUSIÓN

Los hematomas subdurales traumáticos de la región cervical son excepcionalmente raros. No hemos encontrado ningún caso reportado de hematoma subdural traumático a nivel de la unión occipitocervical, como el caso motivo de esta presentación

Felber<sup>1</sup> sostiene que cuando el hematoma es hiperagudo (menos de 24 horas de evolución), la lesión aparece isointensa en T1 y con señal de intensidad mixta en T2; cuando es agudo (de 1 a 3 días de evolución), también es isointensa en T1 pero más hipointensa en T2; y cuando es crónico (entre 7 y 14 días), la señal es hiperintensa en todas las secuencias. Esta hiperintensidad estaría dada por la metahemoglobina, tal como se observa en la hemorragia cerebral<sup>2</sup>.

Cabe destacar que en esta paciente se siguieron las normas establecidas por el Advanced Trauma Life Support (ATLS) del Colegio Americano de Cirujanos<sup>3</sup>, pero tanto la radiografía simple como la tomografía de cerebro y columna cervical no revelaron la patología existente. Creemos que esto se debió a que no se focalizó la atención necesaria en el estudio de la unión cráneovertebral, ya que a la TAC de cerebro le faltaron cortes del foramen magno y la de columna cervical fue realizada con ventana ósea. La falta de lesión ósea, tanto en la radiología simple como en la TAC de cerebro y columna cervical, nos hizo pensar que la patología podría ser neoplásica y que el traumatismo había sido una mera coincidencia.

La ausencia de síntomas deficitarios hizo diferir la IRM que fue el único estudio que nos permitió llegar al diagnóstico correcto y de esta forma realizar el tratamiento adecuado en un tiempo oportuno, antes de que se establezca el daño

neuroológico por la compresión bulbomedular.

### CONCLUSIÓN

En todo paciente con traumatismo cráneoencefálico se debe pensar en la posibilidad de un hematoma intraespinal postraumático aunque la radiología simple y la TAC de cerebro y columna cervical no muestren patología evidente. El dolor cervical y la rigidez de nuca, aún en ausencia de déficit neurológico, justifican la inmediata realización de una IRM.

Una vez diagnosticado, el hematoma subdural traumático de la unión cráneovertebral debe ser evacuado quirúrgicamente en forma inmediata, ya que como se sabe, pequeños volúmenes en esta región pueden causar daño neurológico severo incluyendo la muerte súbita.

### Bibliografía

1. Felber S, Langmaier J, Judmaier W, Dessl A, Ortler M, Birbamer G. y Piepgras U: Magnetresonanztomographie bei epiduralen und subduralen spinalen hämatomen. **Radiologe** 34: 656-661, 1994.
2. Latchaw R: Diagnóstico por imágenes en Resonancia Magnética y Tomografía computadorizada de cabeza, cuello y columna. Mosby Year Book. 2° Edición. volumen 2 ;p 1248
3. Manual del Advanced Trauma Life Support (ATLS) del American College of Surgeons. Edición 1994.