

HEMATOMA EPIDURAL CERVICAL ESPONTÁNEO

C.G. Yampolsky¹, F. Goldenberg², R. Rey³

¹Servicio de Neurocirugía. ²Servicio de Terapia Intensiva. ³Servicio de Neurología
Clínica La Sagrada Familia, Buenos Aires

RESUMEN

El hematoma epidural cervical espontáneo es una entidad clínica infrecuente. Las causas incluyen los trastornos de coagulación, las malformaciones vasculares y la ingesta de aspirina. Si bien el tratamiento quirúrgico inmediato es el tratamiento de elección, algunas comunicaciones recomiendan el manejo conservador.

Comunicamos un caso de hematoma epidural cervical espontáneo. El signo inicial fue un dolor agudo en el lado izquierdo del cuello y una debilidad severa del brazo y la pierna izquierdas. La IRM mostró una hematoma epidural cervical espontánea que se extendía de C3 a C5, con una compresión importante de la médula espinal. El paciente fue tratado con una evacuación rápida del hematoma y descompresión de la médula espinal. Se observó una recuperación completa postoperatoria.

En conclusión se recomienda la evacuación quirúrgica inmediata del hematoma, aun en pacientes con déficits neurológicos severos.

Palabras clave: hematoma epidural espinal, pronóstico neurológico, tratamiento quirúrgico

ABSTRACT

Spontaneous spinal epidural hematoma is an uncommon clinical entity. Causes include coagulation disorders, vascular malformations and aspirin intake. Although immediate surgical therapy is the treatment of choice, some reports advocate conservative management. We report a case of a spontaneous epidural cervical hematoma. The initial clinical sign was sharp, left-sided neck pain and severe weakness of the left arm and leg. The MRI showed a spinal epidural hematoma extending from C3 to C5 with important compression of the spinal cord. The patient was treated with rapid evacuation of the hematoma and decompression of the spinal cord. Complete recovery was observed in postoperative outcome. We conclude that immediate surgical evacuation of the hematoma is recommended even in patients with severe neurological deficits.

Key words: spinal epidural hematoma, neurological outcome, surgical management. *úrgico.*

INTRODUCCIÓN

Desde la descripción original de Jackson³ en 1869, y pese a los modernos métodos de diagnóstico por imágenes, el hematoma epidural sigue siendo una entidad clínica infrecuente. Las cau-

sas incluyen alteraciones de la coagulación, malformaciones vasculares¹ y asociación con ingesta crónica de aspirina⁵. Sin embargo en algunos de estos casos no se identifica el factor etiológico². Es probable que los frágiles plexos venosos epidurales sean el origen de estos hematomas. El tratamiento de elección es la cirugía⁴, aunque se han descrito casos excepcionales de resolución es-



Fig. 1. A. IRM preoperatoria. Corte sagital en T2 apreciándose la imagen hipointensa que comprime y desplaza la médula hacia adelante. B. IRM preoperatoria. Corte Axial en T2. Se aprecia la característica imagen biconvexa del hematoma epidural.

pontánea⁶. Presentamos el caso de un hematoma epidural cervical espontáneo que debuta con un cuadro deficitario neurológico y, luego de la evacuación quirúrgica del mismo tiene restitutum ad integrum.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 72 años de edad sin antecedentes neurológicos de importancia. Había presentado 6 meses atrás una hemorragia retina-

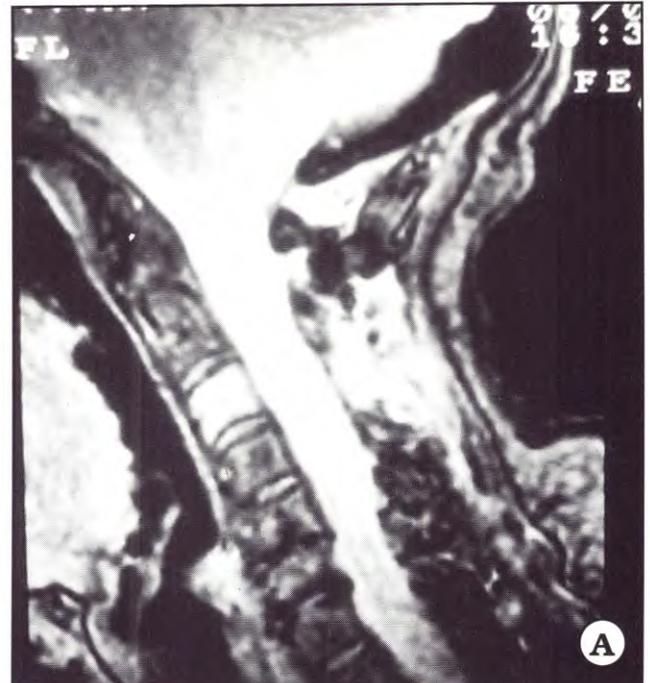


Fig. 2. A. I.R.M. postoperatoria. Corte sagital en T2. Se observa como la médula se encuentra descomprimida y el espacio subaracnoideo libre. B. I.R.M. postoperatoria. Corte Axial en T2. Se aprecia la desaparición del hematoma.

na derecha sin etiología confirmada. No refiere ingesta habitual de ácido acetil salicílico u otros antiinflamatorios no esteroides. Presenta en forma brusca cefalea occipital, cervicalgia y posterior hemiparesia braquiocrural izquierda. Al ingreso la paciente se encontraba afebril, con un registro tensional de 160/90. El examen neurológico mostraba una paciente lúcida, globalmente orientada, dolorida, con una cervicobraquialgia izquierda, hemiparesia braquiocrural izquierda severa a mar-

cado predominio braquial distal. El tono de las extremidades superiores e inferiores impresionaba normal y los reflejos bicipital y tricipital izquierdos se encontraban abolidos. No se encontraron alteraciones sensitivas. El resto del examen neurológico incluyendo pruebas de coordinación y pares craneales no mostraron alteraciones. Los exámenes de laboratorio no muestran alteraciones de la coagulación y, sólo se señala un aumento del número de glóbulos rojos ($5.800.000/\text{mm}^3$).

Se le realiza una TAC de cerebro que no muestra alteraciones y una de columna cervical que evidencia una imagen espontáneamente hiperdensa en región cervical, posterior a la médula. Una IRM de columna cervical confirma la presencia de una extensa lesión que ocupa el canal y comprime la médula (Fig. 1). La imagen característica de disminución de la señal en los tiempos T1 y T2 confirman la presencia de una hemorragia aguda.

Antes de cumplidas las 48 hs del sangrado es intervenida realizándose una hemilaminectomía izquierda C3-C5 la cual permite evacuar un extenso hematoma epidural. La paciente evoluciona satisfactoriamente, mejorando la cervicobraquialgia en el postoperatorio inmediato y al cabo de 30 días presenta una recuperación funcional y motora completa. La IRM de control muestra la desaparición de la compresión medular y del hematoma (Fig. 2).

DISCUSIÓN

Los hematomas epidurales espontáneos constituyen una entidad clínica infrecuente que se caracteriza por signos y síntomas de compresión radículo medular. Su etiología, si bien en algunos casos es desconocida, puede asociarse general-

mente a trastornos de la coagulación, malformaciones vasculares o ingesta de AINES^{1, 2}. A pesar de lo evidente de la indicación quirúrgica, existen comunicaciones de resolución espontánea de hematomas epidurales con restituo ad integrum⁶. Sin embargo en un reciente trabajo Lawton y colaboradores⁴ analizan la relación entre el tiempo quirúrgico, el estado preoperatorio y la evolución neurológica postoperatoria. Concluyen que el pronóstico se correlaciona inversamente con el tiempo que media desde el comienzo de los síntomas hasta la cirugía y la duración del máximo déficit así como con la severidad del déficit neurológico preoperatorio. Nuestro caso muestra, también, que aún en casos de déficit neurológico preoperatorio severo (Frankel B) es posible una recuperación completa luego de la cirugía.

Bibliografía

1. Foo D, Chag YC, Rossier AB: Spontaneous cervical epidural hemorrhage, anterior cord syndrome, and familial vascular malformation: Case report. *Neurology* 30: 308-311, 1980.
2. Groen RJ y Ponsse H: The spontaneous spinal epidural hematoma: A study of the etiology. *J Neurol SCI* 98: 121-138, 1990.
3. Jackson R: Case of spinal apoplexie. *Lancet* 2: 5-67, 1869.
4. Lawton MT, Porter RW, Heiserman JE y colaboradores: Surgical management of spinal epidural hematoma: Relationship between surgical timing and neurological outcome. *J Neurosurg* 83 (1): 1-7, 1995.
5. Locke GE, Giorgio AJ, Biggers SL y colaboradores: Acute spinal epidural hematoma secondary to aspirin-induced prolonged bleeding. *Surg Neurol* 5: 293-296, 1976.
6. Wagner S, Forsting M, Hacke W: Spontaneous resolution of a large spinal epidural hematoma: case report. *Neurosurgery* 38 (4): 816-818, 1996.