

Hematoma epidural espinal espontáneo: A propósito de dos casos

Maloof Cuse Dieb¹

Resumen

Los hematomas espinales espontáneos son una condición clínica poco frecuente, con serias consecuencias y de etiología extremadamente rara.

Los métodos diagnósticos realizados fueron resonancia magnética nuclear y mielografía.

Se presentan dos pacientes con H.E.E.E.: uno con trastorno de la coagulación, quien desarrolló un H.E.E.E. que lo llevó a la paraparesia grave de pocas horas, y el otro paciente también realizó un H.E.E.E. al levantarse de la cama durante el período del sueño, con el consecuente déficit progresivo motor de ambos miembros inferiores.

Los dos casos fueron intervenidos quirúrgicamente para brindarles la mejor alternativa para su recuperación posterior.

Palabras claves: H.E.E.E., hematoma epidural espinal espontáneo, M.A.V., malformación arterio-venosa, raquitomía.

Los hematomas epidurales espinales espontáneos (H.E.E.E.) son una condición clínica rara, con serias consecuencias. Ya en 1869 Jackson y col. describieron 250 casos en literatura; la causa del sangrado no era conocido en el 40% de los casos.

Protowsk y Col. hicieron una revisión estadística de 124 casos de estos H.E.E.E. En 47 casos no se encontró bien definida la etiología de dicha patología; sólo en 27 pacientes se asociaba con terapia anticoagulante previo al episodio.

Etiología

La podemos subdividir en:

- Primarias
- Secundarias

Las primarias son muy poco frecuentes, con un

porcentaje de aparición mínimo.

Las secundarias podrían ser por: 1. Trastornos de la coagulación, 2. MAV, 3. Tumorales, 4. Hemofilia, 5. Traumáticos, 6. Embarazadas, 7. Hipertensión, 8. Deficiencia del Factor XI, etc.

Estos hematomas podrían ocurrir aparentemente después de un mínimo esfuerzo, o al tratar de levantar algo pesado o, en algunos casos, durante el sueño.

Material y métodos

Se describen dos casos de pacientes con esta patología, los cuales fueron resueltos quirúrgicamente, dando énfasis a la cirugía como única alternativa terapéutica.

•Primer caso

Paciente de sexo masculino de 73 años de edad, en aparente buen estado de salud. Mientras caminaba

¹ Médico Neurocirujano. Profesor de Neurocirugía de la Universidad del Norte.

experimentó un dolor intenso a nivel dorsal bajo (lo refiere como «estallido»), el cual duró unos segundos. A raíz de esto, el paciente presentó concomitante impotencia funcional mínima. Al cabo de 10 horas se encontraba parapléjico, con relajación de esfínteres y trastornos sensitivos a nivel de ambas crestas ilíacas, según refirió él mismo.

Fue internado cinco horas después del episodio, sin cambios neurológicos, y a las diez horas de evolución se pidió interconsulta con Neurocirugía.

El examen nerológico arrojó los siguientes datos: paciente vigil, lúcido, orientado. Pares craneales sin particularidad. Paraplejía flácida, arreflexia generalizada en MMII; nivel sensitivo DVI, y con retención urinaria.

Se le efectuó mieelografía con Iopamiron 300, resaltando el L.C.R. a la punción lumbar con líquido sanguinolento. Se le encontró stop completo a nivel DVII.

Debido a esto se realizó la intervención quirúrgica de urgencia. Se le efectuó una laminectomía desde DV-DVII, y se observó extenso hematoma extradural que se localizaba a nivel de cara posterior de médula y se extendía en sentido lateral; posteriormente se realizó la evacuación del mismo. No se observó patología asociada que pudiera justificar dicho hematoma (MAV, tumor, etc.).

Se realizó apertura de duramadre, y se observó médula acintada y blanquecina. No se apreció otra patología concomitante.

La evolución del paciente fue de recuperación parcial de su nivel sensitivo, no así de su cuadro motor. Evolucionó desfavorablemente y, a su vez, presentó infección urinaria más neuropatía aguda. Falleció por septicemia unas semanas después de la intervención.

• Segundo caso

Paciente de sexo femenino de 72 años de edad, tratada por antecedente de disnea de 30 años de evolución y diagnosticada estenosis mitral e intervenida de una valvulopatía, por lo cual se le realizó

comisurotomía hace 11 años.

Desde entonces medicada con cumarínicos. Debido al mal manejo de las dosis que debía tomar de estos medicamentos, fue a la urgencia de neurocirugía ya que presentaba en forma abrupta y con seis horas de evolución paraparesia leve a moderada, con un nivel sensitivo DXI - DXII, asociado a relajación de esfínteres.

Se le realizó de urgencia una resonancia magnética nuclear de columna dorso-lumbar, la cual detectó un H.E.E.E. de localización posterolateral que abarcaba los niveles DX - DXII. Se le intervino quirúrgicamente y se le realizó laminectomía desde DIX a DXII, y se encontró extenso hematoma epidural de localización posterolateral. Se evacuó a su vez el hematoma, y no se encontró otra patología concomitante.

La evolución de la paciente fue satisfactoria, con mejoría de su cuadro neurológico. Se le realizó fisioterapia inmediatamente después de la cirugía. Como secuela le quedó incontinencia urinaria, paresia leve de ambos miembros inferiores e hipoestesia en ambas caras anteroexternas de los pies, correspondiendo a los dermatomas LIV - LV. A su vez, se hizo tratamiento coadyuvante con los hematólogos debido a los trastornos de coagulación del paciente, y se le medicó adecuadamente. Hasta la fecha se encuentra en buenas condiciones.

Diagnóstico y tratamiento

Se empleó radiología simple, mielografía, resonancia magnética nuclear y punción lumbar, descrito anteriormente en cada caso. Asimismo, la técnica quirúrgica realizada con la consecuente evolución de cada paciente.

Discusión

Los H.E.E.E. son situaciones muy raras, de las cuales resulta un compromiso neurológico importante, por lo cual requieren de terapia quirúrgica inmediata.

Foo y Rossier revisaron 158 pacientes con H.E.E.E. tratados quirúrgicamente, la causa del san-

grado no era conocida en 65 pacientes (41%); en el resto, en los 93, en mayor frecuencia el factor de riesgo estaba asociado con historia de anticoagulación o cuagulopatía en 32% de los casos.

Los casos descritos en este trabajo se encuadran de acuerdo con la revisión de dichos autores. Uno de ellos se relaciona con anticoagulación, y el otro con etiología no definida. Sin embargo fueron tratados quirúrgicamente, lo cual demuestra que es la única indicación terapéutica, con el ulterior equilibrio de los factores desencadenantes de esta patología invalidante y que puede conllevar al deceso del paciente.

El método de diagnóstico de elección es la resonancia magnética nuclear, de lo contrario la

tradicional mielo TAC.

El pronóstico depende en un alto porcentaje del compromiso neurológico y el tiempo transcurrido del deterioro clínico.

Bibliografía

BARTELS, R.H., DE YONG, GROTENHUIS. Spinal Epidural Hematoma. *J. Neurosurg*, 76: 307-311, 1992.

RACEY, R.G., WINNHR, JANNE J.A., et al.: Spinal extradural Hematoma. Report of two cases. *Neurosurg*. 3: 420-423, 1978.

FRASER R.A, RATZWEN K., WOLPERT S., et al.: *Neurosug*, 94: 234-236, 1995.

JACKSON R., ROY, W., et al.: Report of 250 cases de H.E.E.E., 1969.

FOO W., ROOSIER Y., et al.: Report of 150 cases of H.E.E.E. *Approach of Spinal and Brain*, 1994.