

Nota clínica

Resolución espontánea precoz de hematoma epidural agudo

F.M. Domínguez Picón*, F.P. Cabrera Franquelo*, A. Horcajadas Almansa, **M.I. Castillo Trujillo*

* SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS, ** SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA DE MÁLAGA

RESUMEN

Describimos un caso de hematoma epidural agudo en un varón de 16 años que evoluciona hacia la resolución espontánea en las primeras 10 horas siguientes al traumatismo. La resolución espontánea precoz es un hecho poco frecuente, como lo demuestra la escasa bibliografía al respecto.

Palabras Clave: Hematoma epidural. Hematoma extradural agudo. Traumatismo craneo-encefálico. Fractura de cráneo.

ABSTRACT

Early spontaneous resolution of an acute epidural haematoma

Spontaneous resolution 10 hours after trauma in a 16 year old man is described. This kind of progress is rare, being described in very few cases.

Key Words: Epidural haematoma. Acute extradural haematoma. Head injury. Skull Fracture.

INTRODUCCIÓN

El hematoma epidural agudo (HEA) es consecuencia de la hemorragia que acontece en el espacio epidural, entre la cara interna del cráneo y la duramadre. La causa más frecuente es la rotura traumática de la arteria meníngea media y en menor medida por lesión de un seno venoso de la duramadre. La morbi-mortalidad está directamente relacionada con la precocidad en el diagnóstico y tratamiento.

La resolución espontánea de un HEA en las primeras horas siguientes a su aparición es extremadamente rara, existiendo tan solo tres referencias en la literatura¹⁻³. Describimos el caso de un paciente que presentó un traumatismo craneoencefálico con el resultado de fractura de cráneo y HEA que se resolvió espontáneamente a las 10 horas del ingreso.

CASO CLÍNICO

Varón de 16 años, conductor de motocicleta sin casco que ingresa tras sufrir accidente de tráfico. A consecuencia del mismo presenta traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia durante 5 minutos aproximadamente, según informa el equipo médico de emergencias extrahospitalario que lo trasladó.

A su ingreso estaba consciente con amnesia y desorientación. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Moviliza las cuatro extremidades sin déficit motor ni sensitivo. Tórax sin alteraciones externas, con buena ventilación simétrica y tonos cardíacos rítmicos. Abdomen blando, depresible y no doloroso. PA: 140/80 mmHg. FC: 88 lpm. FR: 14 rpm. Saturación de O₂: 98%. Herida en región frontal y hematoma parietal derecho, sin otras evidencias externas de traumatismo.

Hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones.

Correspondencia: F.M. Domínguez Picón. C/ Federico Fellini, 36, portal 4-2ºB. 29016 Málaga.

Fecha de recepción: 14-11-2000

Fecha de aceptación: 25-1-2001

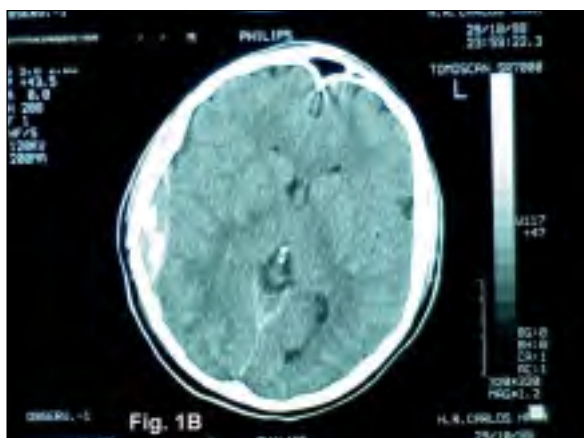
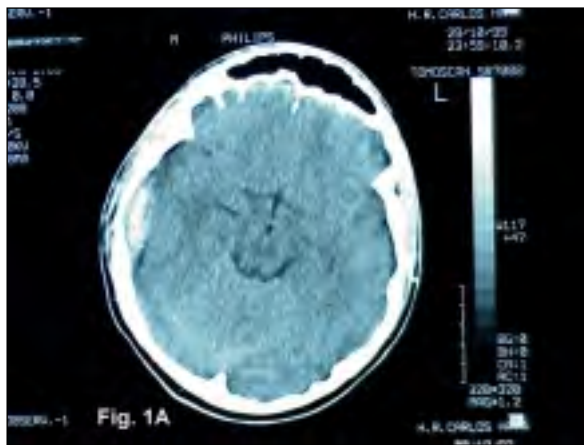


Fig. 1a y 1b. Imágenes de TC craneal, realizadas al ingreso del paciente, que muestran un hematoma epidural derecho de 4,5 x 1,5 cm y sin efecto masa.

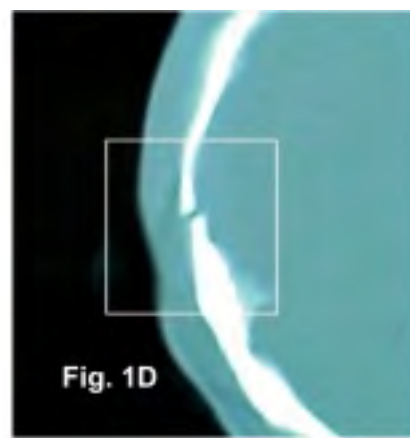
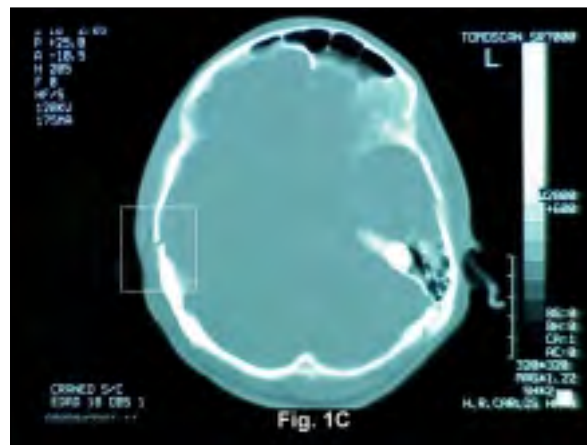


Fig. 1c y 1d. Imagen ósea del mismo paciente mostrando la fractura temporo-parietal derecha.

Radiología simple de tórax, columna cervical y pelvis sin evidencia de fracturas. tomografía computadorizada (TC) de cráneo a los 30 minutos del ingreso: hematoma epidural parietal derecho de 4,5 x 1,5 cm., con escaso efecto masa (fig. 1a y 1b); fractura temporoparietal derecha (fig. 1c y 1d).

De acuerdo con neurocirujano de guardia se mantiene en observación con monitorización neurológica. A las 10 horas se mantiene la situación clínica y se realiza TC craneal de control que muestra una disminución casi total del hematoma epidural y aumento significativo del hematoma subgaleal (fig. 2a y 2b). A las 24 horas de permanecer en observación sin complicaciones ingresó en planta de Neurocirugía.

DISCUSIÓN

La posibilidad de que un hematoma epidural se resuelva espontáneamente está bien documentada en la bibliografía⁴⁻⁹,

si bien es necesario que transcurran días e incluso semanas. Estas observaciones han planteado la polémica sobre qué grupo de pacientes puede ser tratado de forma conservadora con monitorización neurológica y control por TC craneal, frente a la cirugía precoz¹⁰. No pretendemos abordar esta controversia, ya que el caso presentado es una evolución infrecuente de un HEA, la resolución precoz del mismo en menos de 24 horas. De hecho hemos encontrado pocas referencias a esta evolución en la literatura¹⁻³.

En nuestro paciente consideramos que la evacuación del hematoma a través de la fractura, hacia el espacio subgaleal explicaría una resolución tan rápida. Este fenómeno sería consecuencia de un gradiente de presión entre ambos espacios y se vería favorecido por la hipertensión creada por el propio hematoma. De hecho junto a la disminución del HEA se aprecia, en las imágenes de la TC craneal, el aumento significativo del hematoma subgaleal. Para Aoki¹ y Kuroiwa et al² este sería el mecanismo que explicaría la evolución de los casos

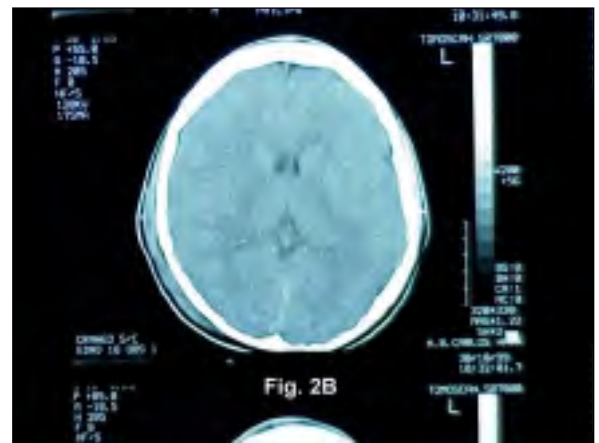
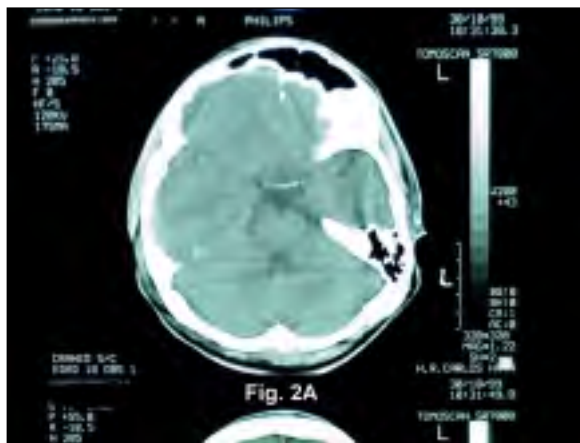


Fig. 2a y 2b. Imágenes de TC realizadas al mismo paciente, 10 horas después del ingreso. Se observa la resolución espontánea del hematoma epidural parietal derecho y el aumento significativo del hematoma subgaleal.

por ellos publicados. Ugarriza et al³ consideran que en su paciente la resolución fue debida a la evacuación espontánea del hematoma a través de la línea de fractura hacia el canal audi-

tivo. En todos los casos publicados el drenaje a través de la línea de fractura es el mecanismo, aunque infrecuente, responsable de este fenómeno.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Aoki N. Rapid resolution of acute epidural haematoma. Report of two cases. *J Neurosurg* 1988;68:149-51.
- 2- Kuroiwa T, Tanabe H, Takatsuka H, Arai M, Sakai N, Hagasawa S, et al. Rapid spontaneous resolution of acute extradural and subdural haematoma. *J Neurosurg* 1993;78:126-8.
- 3- Ugarriza LF, Cabezudo JM, Fernandez-Portales I. Rapid spontaneous resolution of an acute extradural haematoma: case report. *B J Neurosurg* 1999;13:604-5.
- 4- Weaver D, Pobereskin I, Jane JA. Spontaneous resolution of epidural haematomas. Report of two cases. *J Neurosurg* 1981;54:284-51.
- 5- Pang D, Horton JA, Henon JM, Wilberges JE, Vries JK. Nonsurgical management of extradural haematomas in children. *J Neurosurg* 1983;59:958-71.
- 6- Kemperman CJF, den Hartog MR, Thijssen HOM. Spontaneous resolution of epidural haematoma detected after the first day. *Ann Neurol* 1984;16:623-4.
- 7- Pozzati E, Tognetti F. Spontaneous healing of extradural haematomas: report of four cases. *Neurosurgery* 1984;14:724-7.
- 8- Tochio H, Waga S, Tashiro H, Takeuchi T, Miyazaki M. Spontaneous resolution of epidural haematomas. Report of three cases. *Neurosurgery* 1984;15:96-100.
- 9- Pozzati E, Tognetti F. Spontaneous healing of acute extradural haematoma: study of twenty-two cases. *Neurosurgery* 1986;18:696-700.
- 10- Servadei F, Vergoni G. Extradural haematoma: surgical and nonsurgical management. *AJNR* 1993;14:506-7.