

Resolución espontánea de un hematoma subdural crónico

Dr. Jaime E. Guevara Dondé*

Resumen

El hematoma subdural crónico (HSC) es una entidad que puede llevar a la muerte si no es resuelta quirúrgicamente. En la actualidad son tres los procedimientos quirúrgicos más efectivos, sencillos y rápidos que permiten la curación en más de 90% de los pacientes, con mortalidad menor al 5%. Aunque se ha visto la reabsorción espontánea de un HSC, el tratamiento conservador está en desuso, porque puede poner en peligro la vida, es muy prolongado y un gran número de pacientes sometidos a éste, finalmente termina en tratamiento quirúrgico.

Se presenta el caso de un hombre de 73 años de edad, en grado 2 de la escala de Markwalder, con un hematoma subdural crónico, frontoparietal derecho, que se resolvió en forma espontánea sin dejar secuelas, excepto por una leve cefalea.

Palabras clave: Hematoma subdural crónico.

Summary

Chronic subdural hematoma is a disease that can be fatal without surgical treatment. Three different techniques used for the treatment are more faster, and effective, simple with, a definitive cure in 90% or more cases and only 5% in mortality. In chronic subdural hematoma, spontaneous resolution with conservative treatment is not an common therapeutic method because it has causes high mortality, requires long periods of time, and finally, many patients need surgical treatment. The case of a 73-years old man in Markwalder two grade, with a frontoparietal chronic subdural hematoma that was resolved spontaneously without morbidity except for mild headache is presented.

Key words: Chronic subdural hematoma.

Introducción

La formación de un hematoma subdural crónico (HSC) se inicia muy probablemente con una hemorragia venosa dentro del espacio dura-aracnoides. Con el tiempo, el coágulo se licua y forma una seudomembrana sobre la superficie líquida del coágulo; los capilares de la neomembrana son anormalmente frágiles. La licuefacción del coágulo, la fibrinólisis y la aceleración anormal del coágulo, se presentan en combinación con unos capilares frágiles resultando en microhemorragias episódicas dentro de la cavidad del hematoma. El aumento de volumen del hematoma es paulatino y como consecuencia de repetidas hemorragias de los vasos de neoformación de la cápsula del hematoma^(1,2).

El traumatismo es la causa más importante de su presencia; los pacientes usualmente se refieren asintomáticos los primeros días o semanas después de un traumatismo menor,

para posteriormente desarrollar síntomas neurológicos como son: cefalea, déficit motor contralateral y alteraciones de la conciencia. La mayoría de los pacientes se encuentran entre los 50 y 60 años de edad, aunque el pico de incidencia ocurre entre los 70 y 79 años^(3,4).

El tratamiento definitivo es el drenaje quirúrgico de la colección líquida^(5,6), aunque algunos autores han observado la resolución espontánea del hematoma o con el uso de diuréticos osmóticos y esteroides^(1,2). Los resultados con el manejo conservador no son confiables, en ocasiones ponen en peligro la vida y gran número de casos termina en tratamiento quirúrgico⁽⁷⁻⁹⁾.

Presentamos el caso de un paciente de 73 años con un hematoma subdural crónico, que se reabsorbió espontáneamente sin tratamiento quirúrgico.

Reporte del caso

Masculino de 73 años de edad, con antecedente de un traumatismo craneal leve, sin pérdida del estado de alerta. Tres semanas después del golpe inició con cefalea generalizada de moderada intensidad, la cual iba en aumento, además disfasia motora y hemiparesia izquierda de 2/4. Acudió a un médico privado quien solicitó tomografía computada de cráneo (Figuras 1 y 2) en la que se observa un hematoma subdural crónico en el hemisferio cerebral derecho con extensión

* Neurocirujano.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Jaime E. Guevara Dondé Neurocirujano
Centro Médico Martí. Bernal Díaz del Castillo 483
Esq. Martí Fracc. Reforma. Veracruz, Ver.

Recibido para publicación: 05-05-99

Aceptado para publicación: 13-12-99

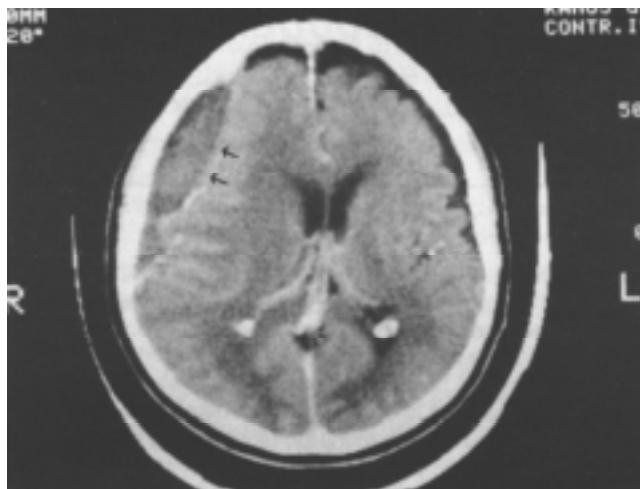


Figura 1. La aplicación de medio de contraste intravenoso en esta tomografía, hace más notoria la imagen hipodensa frontoparietal derecha del hematoma subdural crónico. El sistema ventricular está desplazado hacia la izquierda y existe además atrofia cerebral generalizada.

fronto-parietal. No aceptó el tratamiento quirúrgico para el drenaje del hematoma.

En los días siguientes mejoró paulatinamente sin tratamiento alguno, excepto porque tomaba analgésicos. Acudió cuatro semanas más tarde a la consulta debido a que continuaba con leve cefalea, pero la disfasia y la hemiparesia habían desaparecido. La tomografía computada de cráneo mostró: reabsorción completa del hematoma subdural crónico, engrosamiento dural en el sitio donde se encontraba éste y atrofia cerebral principalmente en el hemisferio cerebral contralateral (Figuras 3 y 4).

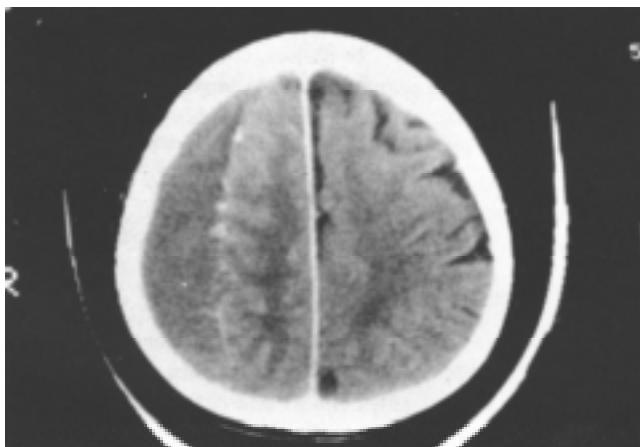


Figura 2. En esta tomografía de cráneo con medio de contraste intravenoso, se observa que el hematoma subdural crónico toma sobre la convexidad del cerebro su clásica forma en semiluna.

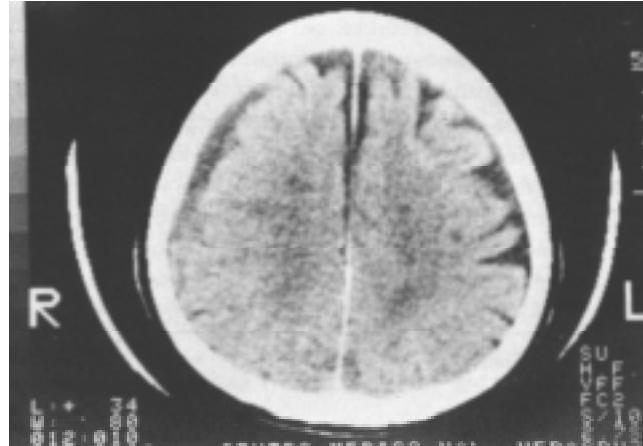


Figura 3. En la tomografía de control, se observa que el hematoma subdural crónico se ha reabsorbido por completo. Existe una zona de engrosamiento dural sobre la región frontal derecha donde antes se encontraba el hematoma y es evidente la atrofia cerebral, principalmente en el hemisferio cerebral izquierdo.

Discusión

El hematoma subdural crónico continúa siendo un problema frecuente. Si no se controla, la compresión cerebral puede ocasionar lesión cerebral irreversible e incluso puede llevar a la muerte si no se resuelve rápidamente mediante el drenaje quirúrgico.

A través de los años, diversas técnicas quirúrgicas han sido usadas para resolver esta entidad^(5,6,10,11). Tres procedimientos quirúrgicos son los actualmente utilizados: el drena-

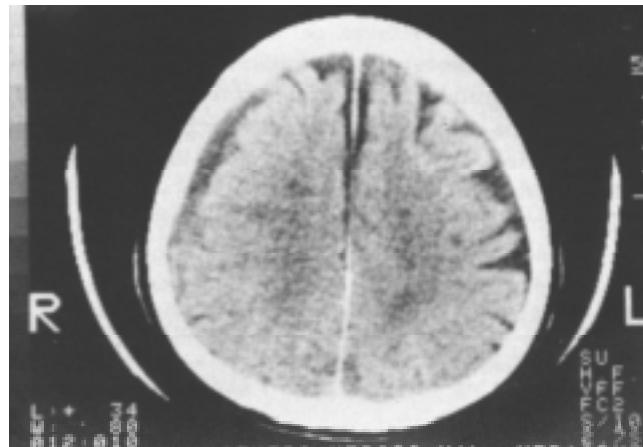


Figura 4. También en los cortes más altos de la tomografía de control, se confirma la reabsorción completa del hematoma. La atrofia cerebral, amplía el espacio subaracnoideo y resalta los surcos de la convexidad.

je por trépanos, la craneostomía con broca (ambos con o sin tubo de drenaje) y la colocación de tornillo para drenaje gradual, generalmente realizados bajo anestesia local. Estos procedimientos sencillos y efectivos alcanzan 90 al 95% de confiabilidad con mortalidad inferior al 5% y porcentaje de recidiva que va del 2.3 al 10.93%.

La resolución espontánea de un HSC es un hecho conocido. Generalmente ocurre en hematomas antiguos, no organizados, líquidos por desfibrinación completa de su contenido hemático^(1,2,7,8).

Al ser descubierto puede que ya esté en una fase de regresión espontánea con desaparición al cabo de 6 a 8 semanas.

Ni la edad del paciente, ni la respuesta clínica inicial, ni la extensión del desplazamiento lateral observada en la tomografía de cráneo, pueden considerarse indicadores fiables de si un hematoma iba a requerir o no, posteriormente su extirpación^(6,7,9). En otras palabras, no se puede contestar a la pregunta clave: ¿está en regresión o se expandirá? Se menciona que la disminución de la actividad fibrinolítica de la cápsula del hematoma y la reabsorción de líquidos pueden favorecer la reabsorción espontánea^(1,2,7-9), por lo que algunos autores llegaron a considerar la posibilidad de un tratamiento no quirúrgico del HSC mediante reposo y uso de agentes deshidratantes o corticoides^(2,7,8).

Suzuki y Takaku reportaron 23 pacientes consecutivos con HSC tratados con dosis de 1,000 mL de manitol al 20% intravenoso, por períodos de 30 a 106 días, consiguiendo la cura en 22 de sus pacientes⁽⁷⁾. Sin embargo Gjerris en el estudio comparativo de tratamiento del HSC entre cirugía vs manitol en pacientes con grado 0 a 2 de la clasificación de Markwalder^(5,6) tuvo que suspenderlo debido al deterioro neurológico de sus pacientes, los cuales necesitaron del drenaje quirúrgico del hematoma⁽⁹⁾.

Por lo tanto, el tratamiento conservador no está exento de dificultades, ansiedades y complicaciones. Pone al cirujano en un terreno resbaladizo, desde el punto de vista médico legal, porque no se puede declarar en el momento actual que sea un método terapéutico, ordinario y usual practicado por la comunidad médica. Es más, en la actualidad el tratamiento conservador ni siquiera se considera como un método terapéutico.

Los excelentes resultados con la cura definitiva en 90 a 95% de los pacientes, un menor daño al cerebro al reducir el

tiempo de compresión y una corta estancia hospitalaria, son ventajas obvias a favor del tratamiento quirúrgico.

En el caso de nuestro paciente, existieron algunas ventajas para considerar la posibilidad de la resolución espontánea; como son: grado clínico (grado 2 de la escala de Markwalder), edad de 73 años, densidad del hematoma por tomografía, moderado desplazamiento cerebral por la localización alta del hematoma y presencia de importante atrofia cerebral observada desde la primer tomografía de cráneo, que permitió mayor tolerancia al incremento de la presión intracranial.

Éste es un caso aislado y afortunado de resolución espontánea de un HSC que de ninguna manera debe ser tomado como ejemplo de manejo. El riesgo de deterioro súbito debe hacer considerar la necesidad de que el tratamiento quirúrgico sea la primera opción de manejo.

Referencias

1. Naganuma H, Fukamachi A, Kawakami M, Misumi S, Nakajima H, Wakao T. Spontaneous resolution of chronic subdural hematomas. *Neurosurg* 1986; 19: 794-798.
2. Glover D, Labadie E. Physiopathogenesis of subdural hematomas. Part 2: inhibition of growth of experimental hematomas with dexamethasone. *J Neurosurg* 1976; 45: 393-397.
3. Guevara DJ, Santillán GM, Gómez AA. Traumatismos craneoencefálicos. *Cir y Ciruj* 1990; 57: 9-12.
4. Guevara DJ, Santillán GM, Sikahal ME, Portillo E, Sánchez AB. Quiste aracnoideo y hematoma intracranal. Informe de tres pacientes. *Cir y Ciruj*, 1990; 57: 228-230.
5. Hernández JE, Gómez AA, Gómez LLS, Mateos JH. Tratamiento del hematoma subdural crónico con tres técnicas quirúrgicas. *Arch Neurol (Mex)* 1997; 2: 289-293.
6. Markwalder TM, Seiler RW. Chronic subdural hematoma. To drain or not drain? *Neurosurg* 1985; 16: 185-188.
7. Suzuki J, Takaku A. Nonsurgical treatment of chronic subdural hematoma. *J Neurosurg* 1970; 33: 548-553.
8. Bender M, Christoff N. Nonsurgical treatment of subdural hematomas. *Arch Neurol* 1974; 31: 73-79.
9. Gjerris F, Schmidt K. Chronic subdural hematoma. Surgery or manitol treatment. *J Neurosurg* 1974; 40: 639-641.
10. Kitakami A, Ogawa A, Hakazaki S, Kidoguchi J, Obonai CH, Kubo N. Carbon dioxide gas replacement of chronic subdural hematoma using single burr-hole irrigation. *Surg Neurol* 1995; 43: 574-577.
11. Rodziewicz GS, Chuang WC. Endoscopic removal of organized chronic subdural hematoma. *Surg Neurol* 1995; 43: 569-573.