

## Presentación de caso

## Hematoma epidural espinal espontáneo. Reporte de un caso

Cándida Alcocer Navarrete,\* Marco Antonio Téllez Ramírez\*

Hospital General "Raymundo Abarca Alarcón", Chilpancingo, Guerrero.

**RESUMEN.** El hematoma epidural espinal espontáneo (HEEE) es una entidad poco común. Presentamos el caso de una mujer de 69 años de edad que en el 2005 desarrolló un cuadro de HEEE toracolumbar sin ningún factor etiológico que lo justificara, que tuvo que ser tratado con cirugía descompresiva. Hemos revisado las diferentes etiologías y formas de presentación, las técnicas diagnósticas y los métodos terapéuticos usados en esta etiología.

**Palabras clave:** hematoma epidural, resonancia magnética, cirugía.

**ABSTRACT.** Spontaneous spinal epidural hematoma (SSEH) is a rare entity. We report a case of thoracolumbar SSEH in a 69 years-old woman, that occurred in 2005 without an etiologic factor to justify it. She recovered *ad integrum* after surgical decompressive treatment. We reviewed and discussed etiology, presentation, diagnostic approaches, and treatment.

**Key words:** epidural hematoma, magnetic resonance imaging, surgery.

### Introducción

Es infrecuente que se formen hematomas epidurales medulares; existen en la literatura muy pocos casos de etiología variada pero la mayoría de los casos han sido relacionados con uso de anticoagulantes, los AINES también constituyen un factor de riesgo,<sup>1</sup> es frecuente encontrarlos en estos pacientes después de una punción lumbar o una inyección epidural, las causas espontáneas son también raras, sin embargo se han encontrado casos en los cuales el paciente presenta un síndrome de compresión medular o radicular después de una crisis hipertensiva, después del tratamiento del infarto agudo al miocardio usando trombólisis, posterior a un evento vascular cerebral en donde se ha usado medicación asociada a la anticoagulación, a los antiagregantes plaquetarios o en enfermedades de la colágena asociadas a la formación de anticuerpos

fosfolipídicos y su inminente trombogénesis, en enfermedades reumáticas como la espondilitis anquilosante y en el abuso de antiinflamatorios no esteroideos que finalmente tienen un efecto antiagregante plaquetario, sin embargo, a pesar de que las causas son múltiples, los casos de formación de hematomas epidurales espinales son raros. La formación de un HEEE puede aparecer a cualquier nivel de la columna, las uniones cervicodorsal y toracolumbar son las más frecuentes. El cuadro clínico de los HEEE es muy clásica, sin embargo existen casos inespecíficos en donde el déficit motor puede pasar inadvertido si los pacientes están postrados por el dolor, el estudio diagnóstico de elección es la resonancia magnética (RM) y el tratamiento indicado es el quirúrgico durante las primeras 72 horas de inicio del cuadro, en ellos la recuperación clínica es completa, los casos recidivantes son aún más infrecuentes, motivo por el cual no redundaremos en ellos.

\* Médico Adscrito al Servicio de Cirugía Ortopédica-Traumatológica y Cirugía Neurológica. Hospital General "Raymundo Abarca Alarcón", Chilpancingo, Guerrero.

Dirección para correspondencia:

Dra. Cándida Alcocer Navarrete. Av. Lázaro Cárdenas Núm. 59. Col. Haciendita. C. P. 39060, Chilpancingo, Guerrero.

## Caso clínico

Se trata de una mujer de 69 años de edad que en 2005, presenta aparición espontánea de dolor toracolumbar no irradiado, parestesias y disminución de la fuerza muscular de miembros pélvicos de predominio derecho, se automedicó analgésicos no esteroideos (diclofenaco 100 mg vía oral y metamizol 500 mg vía oral) en una dosis sin mejoría del cuadro doloroso.

Se presenta a nuestro servicio a las 12 horas de iniciado el cuadro, encontramos paciente con antecedente de hipertensión arterial de 15 años de evolución tratada médicamente con captopril 25 mg cada 12 hrs con descontrol agudo de la presión arterial durante 1 semana previa al inicio del cuadro doloroso, por lo que aumentan la dosis de antihipertensivo a cada 8 h y agregan nifedipino sublingual por razón necesaria, sin necesidad de usarlo en ninguna ocasión durante esta semana previa, según la paciente; los signos clínicos (presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, frecuencia respiratoria) a su ingreso hospitalario fueron dentro de rangos normales, no había antecedente de ingesta de ácido acetilsalicílico o algún anticoagulante, a la exploración física se encuentra dolor localizado a nivel lumbar alto, no irradiado, paresia y parestesias de miembros pélvicos de predominio derecho, sin nivel sensitivo bien definido en ambos miembros pélvicos, integramos así un síndrome de compresión medular lumbar alto, se realiza una resonancia magnética toracolumbar a las 24 horas de inicio de la sintomatología, en la cual se observa imagen de una masa extradural de T11-L2 que produce compresión medular de predominio derecho (*Figuras 1, 2 y 3*).

Cortes axiales en los cuales se observa imagen hiperintensa extradural lateralizada derecha con compresión del saco dural y desplazamiento medular y raíz nerviosa derecha en los niveles T12-L1 (*Figuras 4 y 5*).

El estado general de la paciente se encontró en todo momento sin alteraciones, los tiempos de coagulación y plaquetas resultaron normales, se controló su hipertensión durante su estancia hospitalaria y se realizó laminectomía descompresiva a nivel de T12-L1 del lado derecho a las 36 horas de iniciado el cuadro clínico, se encuentra transoperatoriamente hematoma epidural a nivel del espacio T12 L1, mas no se observa algún signo de malformación arteriovenosa o hemangiomatosa en el sitio, se envía a estudio histopatológico el material extraído confirmando su origen hemático.

La evolución postquirúrgica es inmediatamente favorable con desaparición del cuadro doloroso y la regresión de la paresia e hipoestesia, las parestesias distales permanecieron durante los siguientes 3 días, se inicia la terapia física pasiva a las 24 horas de la cirugía.

Continuó con ausencia total de los síntomas, recuperó la fuerza de la extremidad pélvica derecha y continuó terapia física durante 1 mes.

## Discusión

Se ha discutido el posible origen arterial o venoso del sangrado del HEEE, la teoría más aceptada es que son resultado de la ruptura de finas paredes venosas sin válvulas del plexo venoso epidural en respuesta al trauma o a un súbito incremento en la presión venosa.<sup>2</sup>



**Figura 1.** HEEH corte sagital derecho en el que se observa la imagen que se extiende desde T11 a L2.



**Figura 2.** HEEH corte sagital central en el que se aprecia la hemorragia extendida desde T11-L2.

Todos los segmentos espinales pueden ser afectados pero las uniones cervicotorácica y toracolumbar son predominantes.<sup>3</sup> El hematoma ocupa habitualmente la cara dorsal del espacio epidural y en ocasiones invade la cara lateral o la cara ventral y puede afectar desde 1 hasta 14 segmentos.<sup>4</sup>

El HEEE se presenta con un dolor agudo intenso bien localizado cervical o lumbar alto<sup>1</sup> con irradiación radicular y acompañado o seguido de síntomas de compresión medular, el déficit motor progresa rápidamente pudiendo llegar a la parálisis, el déficit sensitivo y/o problemas esfinterianos.<sup>5</sup>

En algunos casos la sintomatología puede instalarse lentamente y es debido a sangrados pequeños y más raramente los síntomas se presentan alternados con exacerbación-remisión y que algunos autores refieren como sangrados extradurales recurrentes.<sup>6</sup>

La RM es la elección para el diagnóstico de HEEE<sup>2,7</sup> ya que detecta el hematoma y demuestra la relación con la médula espinal.<sup>2</sup>

El estudio histopatológico pocas veces muestra que la causa del HEEE sea una anomalía vascular y sólo muestra el origen sanguíneo de lo extraído.

Debe hacerse el diagnóstico diferencial con hematoma espinal subdural, metástasis extradurales, abscesos extradurales, procesos discales agudos.<sup>7,8</sup> En diagnóstico clínico debe diferenciarse de polirradiculopatías, aneurismas disecantes de aorta, mielitis transversa aguda y trombosis medulares.<sup>7</sup>

La resolución espontánea del HEEE es infrecuente aunque existen casos en los cuales se ha comprobado clínica e

imagenológica esta entidad y que han sido tratados en forma expectante con resultados favorables y seguimiento prolongado sin alteraciones<sup>9,10</sup> con cuidadosos y frecuentes exámenes neurológicos combinados con RM.

El tratamiento óptimo es la laminectomía descompresiva inmediata a la sospecha clínica e imagenológica del HEEE, mientras no haya contraindicación quirúrgica.<sup>11</sup> La mayoría de los pacientes presentarán remisión completa del cuadro sintomático cuando la cirugía ha



**Figura 4.** HEEE corte axial nivel T12-L1. Apreciamos la imagen posterolateral que comprime el saco dural y desplaza la médula espinal y causa borramiento de la raíz nerviosa derecha.



**Figura 3.** HEEE corte sagital izquierdo en el cual se aprecia el hematoma en nivel T12-L1.



**Figura 5.** HEEE corte axial nivel L1 bajo, en el cual observamos el hematoma, sólo leve compresión del saco dural.

sido efectuada durante las primeras 72 horas de iniciada la enfermedad.<sup>12</sup>

En los pacientes con alto riesgo cabe considerar la realización de una aspiración percutánea con el uso de esteroides para minimizar el daño medular.<sup>1</sup>

### Pronóstico

El pronóstico en los pacientes tratados quirúrgicamente es bueno, los factores más importantes son la localización del hematoma, la condición neurológica preoperatoria, el intervalo operatorio tiempo que transcurre entre la aparición del primer síntoma a la intervención quirúrgica<sup>3</sup> y la enfermedad primaria precipitante.

Los hematomas localizados en la columna cervical son los más graves, ya que pueden comprometer los músculos de la respiración y tener una evolución fatal para el paciente.<sup>8</sup>

En los pacientes tratados conservadoramente el seguimiento es largo y existe una alta probabilidad de no remisión o de recidiva.<sup>10</sup>

### Conclusión

El HEEE es una patología poco frecuente, sin embargo adquiere gran importancia debido al riesgo de alteraciones neurológicas permanentes que condiciona si no se trata a tiempo. Por ello consideramos que una sospecha clínica precoz que nos lleve a la realización de pruebas de diagnóstico por imagen que confirmen el cuadro es vital; la RM es el estudio de elección ya que aporta datos exactos sobre la localización, tamaño, posición y grado de compresión del hematoma. En cuanto al tratamiento, la evacuación quirúrgica temprana es primordial.

En retrospectiva, el desconocimiento de una entidad tan infrecuente nos hace pensar en cuántos pacientes se ha minimizado un cuadro compresivo medular o radicular y ha sido tratado como un cuadro traumático, mecanopostural o discal, en forma expectante ya observamos cómo la resolución en algunos casos es espontánea y la regresión

de los síntomas es completa en la mayoría de los casos reportados en la literatura, también cómo los casos recidivantes son más infrecuentes, por lo tanto es conveniente hacernos la siguiente pregunta ¿es en verdad una enfermedad tan infrecuente?, considerando la evasiva y el rechazo de gran cantidad de pacientes a controlar enfermedades frecuentes como hipertensión arterial y aterosclerosis, considerando también en que nos encontramos en un país en donde la automedicación es clásica y el abuso de los analgésicos no esteroideos es también muy alta.

Sin dejar de mencionar la alta incidencia en infarto al miocardio y accidentes vasculares cerebrales.

Este caso nos hace considerar una enfermedad que en realidad podría ser más frecuente de lo que sospechamos.

### Referencias

1. Greenberg MS. Manual de Neurocirugía. Vol. 1. 2004; 230-4.
2. Segal DH. Cervical epidural hematomas after chiropractic manipulation in a healthy young woman: case report. *Neurosurgery* 1996; 39: 1043-5.
3. Groans RJM. Operative treatment of spontaneous spinal epidural hematomas: a study of the factors determining postoperative outcome. *Neurosurgery* 1996; 39: 494-508.
4. Meravo E. Tetraplejía secundaria a hematomas epidural espontáneo cervical en el postparto. *Médula Espinal* 1997; 3: 161-3.
5. Gazlio RJ. Spontaneous spinal epidural hematoma: report of a case with complete recovery. *Surg Neurol* 1998; 14: 263-5.
6. Matsumae M. Spontaneous cervical epidural hematoma. *Surg Neurol* 1987; 28: 381-4.
7. Hernández V. Hematomas epidurales espinales. *Neurocirugía* 1998; 9: 129-34.
8. Lloret GJ. Hematomas extradurales espinales espontáneos: presentación de dos casos. *Rev Neurol* 1997; 25: 1936-8.
9. Hentschel SJ. Resolution spontaneous spinal epidural hematoma without surgery: report of two cases. 24: 136-41.
10. Fregoso LR. Hematoma epidural espinal espontáneo recidivante. *J Neurosurg* 2003; 36: 1215-21.
11. Harik SI. Spontaneous remitting spinal epidural hematoma in patient on anticoagulants. *N Engl J Med* 1971; 17: 71-8.
12. Muhonen MG. Cervical epidural hematoma secondary to an extradural vascular malformation in an infant: case report. *Neurosurgery* 1995; 36: 585-7.
13. Wu CT. Spinal epidural hematomas and ankylosing spondylitis: case report and review of the literature. *J Trauma* 1998; 44: 558-61.

### Desde la Redacción

#### Los conectores

Su uso mejora la redacción, son palabras que sirven para vincular ideas y difieren según la intención del párrafo: porque, pues, ya que, dado que, debido a que, puesto que, de modo que, por lo tanto, en consecuencia, por consiguiente, pero, no obstante, más, sin embargo, pese a lo cual.

Iriabeth Villanueva