

Hematoma epidural toracolumbar espontáneo, a propósito de un caso

Ávila Ramírez José,* Aguilar López Raúl,* Ulibarri Vidales Mario*

RESUMEN

Introducción: El hematoma epidural espinal espontáneo (HEEE) es una patología observada con poca frecuencia en la práctica neuroquirúrgica. Generalmente requiere de tratamiento quirúrgico de urgencia. **Caso clínico:** Se reporta el caso de una paciente que presenta sin causa aparente dolor radicular intenso seguido de un síndrome de compresión medular toracolumbar. Mediante IRM se diagnosticó la presencia de un hematoma epidural de T10 a L2, es intervenida quirúrgicamente para resecar el coágulo y la evolución es favorable con recuperación neurológica completa.

Palabras clave: Hematoma, epidural, espinal, espontáneo.

Spontaneous epidural hematoma, about a case

ABSTRACT

Introduction: Spinal epidural hematoma is a rare disease entity in Neurosurgical practice. It presents as an acute root and/or spinal cord compression and usually requires emergent surgical treatment. **Clinical case:** We report one case of spontaneous thoracolumbar epidural hematoma. Clinical presentation characterized by acute radicular pain followed by a cord compression syndrome. MR disclosed a spinal epidural hematoma from T10 to L2, a laminectomy with clot removal was performed. Patient recover uneventfully.

Key words: Spine, epidural, hematoma, spontaneous.

INTRODUCCIÓN

El hematoma epidural espinal espontáneo (HEEE) es una entidad clínica poco común. El cuadro clínico clásico es agudo de inicio brusco con dolor intenso en la columna vertebral irradiado, seguido de déficit neurológico sensorimotor secundario a compresión radicular y/o medular. Se puede presentar a cualquier nivel, pero las regiones cervicotorácica y toracolumbar son las más frecuentemente afectadas.¹⁻³ En la mayoría de los casos la cirugía de urgencia está indicada.¹⁻⁵

OBJETIVO

Presentación de un caso de HEEE, cuadro clínico, estudios de imagen, tratamiento quirúrgico y resultados.

PACIENTE Y MÉTODOS

Se trata de una mujer de 73 años, sin antecedentes de importancia excepto que realizaba esfuerzo físico constante para ayudar a una hermana a movilizarse. Un día inició con dolor dorsolumbar bilateral de baja intensidad, sin causa aparente, el cual fue en aumento y varios días después el dolor se tornó muy intenso se irradió a las extremidades inferiores y no pudo deambular. Fue llevada a un hospital donde se le practicaron Rx de columna dorsolumbar se le aplicaron analgésicos y esteroides y se

le egresó. Recuperó parcialmente la función motora al día siguiente y el dolor persistió por lo que fue referida a este servicio. Al examen neurológico se detectó hiperreflexia tendinosa en ambas extremidades inferiores (4/5) y paraparesia crural, no podía sostenerse en un pie, no Babinski (Frankel C). La sensibilidad estaba conservada en todas sus variedades. Las pruebas de coagulación fueron normales. En las Rx de columna dorso lumbar se observó xifosis dorsal y lordosis lumbar acentuadas y datos de espondilosis. Se le realizó una IRM de columna dorsolumbar donde se apreció la presencia de una masa



Figura 1. IRM de columna lumbar T2 corte sagital donde se muestra la extensión del hematoma (flechas), así como el grado de compresión sobre el cono y la cauda equina.

* Hospital Médica Sur México DF.

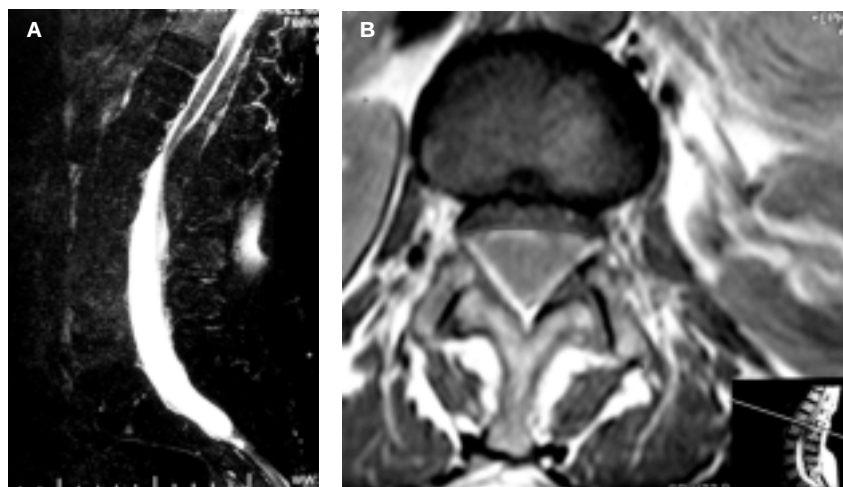


Figura 2. A. IRM, corte sagital, se observa claramente la hiperintensidad del hematoma. B. IRM, se observa el grado de compresión de las estructuras neurales, desplazadas hacia la parte anterior del canal raquídeo. De la línea horizontal hacia el borde posterior del cuerpo vertebral.

ocupativa toracolumbar de T11 a L2 que comprimía la médula, el cono y las raíces en sentido dorsoventral (Figuras 1 y 2). Se le practicó una hemilaminectomía izquierda T11 y T12; se observó la presencia de un hematoma epidural, parcialmente organizado, el cual se extrajo observándose reexpansión del saco dural. La paciente manifestó remisión completa del dolor dorsolumbar y al examen neurológico la hiperreflexia también remitió en el postoperatorio. Actualmente asintomática. El examen neurológico sin signos de déficit a un año del tratamiento quirúrgico.

DISCUSIÓN

El HEEE es una condición clínica que se presenta con poca frecuencia. En esta paciente no se demostró patología subyacente alguna, no ingería anticoagulantes ni antiagregantes. Podría ser que debido al esfuerzo realizado por asistir a su hermana para movilizarse haya producido ruptura de las venas del plexo epidural; sin embargo, esto sólo es una especulación.

El HEEE se localiza en la porción dorsolateral del canal raquídeo, ya que en la parte anterior la duramadre se encuentra adherida firmemente al ligamento vertebral común posterior mediante los ligamentos de Hoffman, por lo que esto evita que se despegue la duramadre y el hematoma se localice en la parte anterior, por otro lado en la porción dorsolateral del canal raquídeo la adherencia de la duramadre al ligamento amarillo es laxa. Habitualmente el cuadro clínico se caracteriza por dolor intenso a nivel de la columna vertebral, de inicio agudo, el cual se irradia, seguido de síntomas y signos radiculares y/o medulares que son progresivos y son sugestivos de compresión aguda. Los hematomas epidurales espontáneos se ha descrito que

pueden ser de una extensión de dos hasta ocho niveles,^{4,6} en este caso fue de 5. El método diagnóstico de elección hoy en día es la resonancia nuclear magnética.⁷ La importancia clínica de esta patología es que es aguda de curso progresivo y que puede conducir a un daño neurológico permanente e irreversible si no es tratado en forma temprana.^{1,2,4,8-10} En el caso que nos ocupa la paciente cursó con mejoría clínica debido al tratamiento con esteroides. Se han reportado casos en los que se observa una recuperación espontánea pero esto es la excepción.

CONCLUSIONES

El hematoma espinal epidural espontáneo es una patología poco frecuente; sin embargo, cuando se presenta con signos de compresión raquimedular el diagnóstico debe ser temprano y tratado quirúrgicamente de urgencia. Generalmente la evolución es favorable.

REFERENCIAS

1. Groen RJM, Ponssen H. The spontaneous epidural hematoma: a study of the etiology. *J Neurol Sci* 1990; 98: 121-38.
2. Börm W, Mohr K, Hassepass U, Richter HP, Kast E. Spinal hematoma unrelated to previous surgery: analysis of 15 consecutive cases treated in a single institution within a 10-year period. *Spine* 2004; 29(24): E555-61.
3. Liu Z, Jiao O, Xu J, Wang Xy, et al. Spontaneous epidural hematoma: analysis of 23 cases. *Surg Neurol* 2008; 69(3): 253-60.
4. Groen RJM, van Alpen HAM. Operative Treatment of Spontaneous Spinal Epidural Hematomas: A Study of the Factors Determining Postoperative Outcome. *Neurosurgery* 1996; 39: 494-509.
5. Shin JJ, Kuh SU, Cho YE. Surgical management of spontaneous spinal epidural hematoma. *Eur Spine J* 2006; 15(6): 998-1004.
6. Linn CC, Lee ST, Hsu WC, et al. Experience in the surgical management of spontaneous spinal epidural hematoma. *J Neurosurg* 2004; 100(1 Suppl. Spine): 38-45.

7. Sklar EM, Post JM, Falcone S. MRI of acute spinal epidural hematomas. *J Comput Assist Tomogr* 1999; 23(2): 238-43.
8. Küker W, Thiex R, Fries S, Freudenstein D, Reinges MH, Ernemann U, et al. Spinal subdural and epidural haematomas: diagnostic and therapeutic aspects in acute and subacute cases. *Acta Neurochirug (Wien)* 2000; 142(7): 777-85.
9. Gelabert M, Iglesias M, González J, Fernández J. Spontaneous epidural hematomas: review of 8 cases. *Neurología* 2003; 18(7): 357-63.
10. Daentzer D, Böker DK. Spontaneous spinal hemorrhage. Outcome after surgical therapy of epidural hematomas. *Nervenarzt* 2000; 71(2): 116-2.



Correspondencia: Dr. José Ávila Ramírez
Correo electrónico: afauiola@hotmail.com