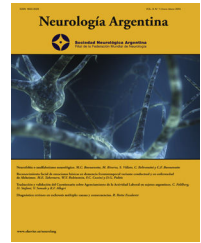




Sociedad Neurológica Argentina
Filial de la Federación Mundial
de Neurología

Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Casuística

Hematoma epidural espinal idiopático de resolución neurológica espontánea. Presentación de un caso clínico

Andrea Vaucher^{a,*}, Victoria Toledo^b, Gustavo Bruno^c y Andrés Boero^d

^a Profesora adjunta Clínica Médica 3, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Internista, Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

^b Residente Medicina Interna, Clínica Médica 3, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

^c Asistente Clínica Médica 3, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

^d Exprofesor adjunto Clínica Médica 3, Neurólogo, Servicio Neurología, Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de noviembre de 2016

Aceptado el 12 de diciembre de 2016

On-line el 1 de febrero de 2017

Palabras clave:

Hematoma epidural

Espinal

Idiopático

Resonancia magnética

R E S U M E N

El hematoma epidural espinal es una entidad neurológica poco frecuente. Clínicamente, se presenta con dolor espinal y elementos de compresión medular de instalación brusca. Es una urgencia neuroquirúrgica. Presentamos el caso clínico de una mujer de 60 años que comenzó con una plejía braquial izquierda de inicio brusco. La resonancia magnética cervical evidenció una colección epidural posterior, comprendida entre la tercera y la sexta vértebras cervicales. Se optó por un tratamiento conservador. A las 24 h de iniciado el cuadro, presentó mejoría del déficit neurológico, con una recuperación total al quinto día.

© 2017 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Idiopathic spinal epidural hematoma with spontaneous neurological resolution. Case report

A B S T R A C T

Spinal epidural hematoma is a rare neurological entity. It presents clinically with sudden spinal pain and spinal cord compression, and is a neurosurgical emergency. We describe the clinical case of a 60-year-old woman who presented with acute left brachial plegia. The neck MRI showed a posterior epidural collection, between the third and sixth cervical vertebrae. A conservative treatment was chosen. Twenty-four hours after the onset of symptoms, the patient presented a spontaneous improvement of the neurological impairment, with full recovery on the fifth day.

© 2017 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Epidural hematoma

Spinal

Idiopathic

Magnetic resonance imaging

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vaucher.a@gmail.com (A. Vaucher).

<https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2016.12.003>

1853-0028/© 2017 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

El hematoma epidural espinal (HEE) es una patología infrecuente, que puede determinar un deterioro neurológico irreversible, por lo que su diagnóstico y tratamiento precoz son imprescindibles para evitar secuelas graves¹. Cuando no se identifica una causa predisponente se denomina espontáneo o idiopático. La resonancia magnética (RM) se ha considerado el procedimiento de elección para el diagnóstico. Permite establecer la naturaleza de la lesión, su extensión, el estadio evolutivo y los efectos compresivos sobre la médula. Se comunicará un caso clínico de una paciente con HEE idiopático (HEEI) de resolución espontánea y se realizará la actualización del tema.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 60 años, sin patologías médicas. Consulta por cervicalgia izquierda de inicio brusco, en reposo, que calma parcialmente con analgésicos comunes. Instala a los pocos minutos plejía de miembro superior izquierdo (MSI). Niega traumatismo de cráneo ni cervical previo. No presenta historia de alteraciones hemorrágicas, ni consumo de ácido acetilsalicílico o anticoagulantes orales. Al ingreso al servicio de urgencia se encuentra lúcida, normotensa, destacándose a nivel neurológico plejía de MSI, hiporreflexia bicipital y estilorradial, sin alteraciones sensitivas. No presentó otras alteraciones neurológicas. Se realizó una tomografía computarizada de cráneo que no evidenció alteraciones. El estudio se extiende a la columna cervical, donde se visualiza una lesión hiperdensa, bien delimitada, convexa, a nivel extraaxial postero-lateral izquierda desde el segmento C2-C3 hasta el C5-C6, que desplaza el saco tecal, compatible con hematoma epidural (HE) (fig. 1).

A las 24 h de evolución, la paciente presenta mejoría clínica del déficit, persistiendo con paresia proximal que vence gravedad, hiporreflexia a nivel C5 y C6 e hiperreflexia generalizada. Dada la remisión clínica de la paciente, se decide en conjunto con el equipo de neurocirugía tomar una conducta expectante en cuanto al tratamiento neuroquirúrgico.

La RM de columna cervical, dorsal y lumbar confirma el hematoma subagudo intrarraquídeo, extradural, lateral izquierdo desde C3 hasta C5 (fig. 2). En referencia a la etiología del cuadro, se descartaron alteraciones vasculares en relación con el hematoma mediante arteriografía espinal y trastornos coagulopáticos congénitos o adquiridos. El cuadro remite completamente a los 5 días.

Discusión

El HE espontáneo es una patología poco frecuente, con una incidencia de 0,1 cada 100.000 pacientes, con una relación hombre-mujer 1,4-1¹. Provoca una alteración neurológica secundaria a la compresión del cordón medular, por lo cual es considerado una urgencia neuroquirúrgica². Clínicamente, se manifiesta por la presencia de un dolor agudo a nivel de la columna cervical con características radicales, acompañado en el momento o posteriormente de signos neurológicos. La

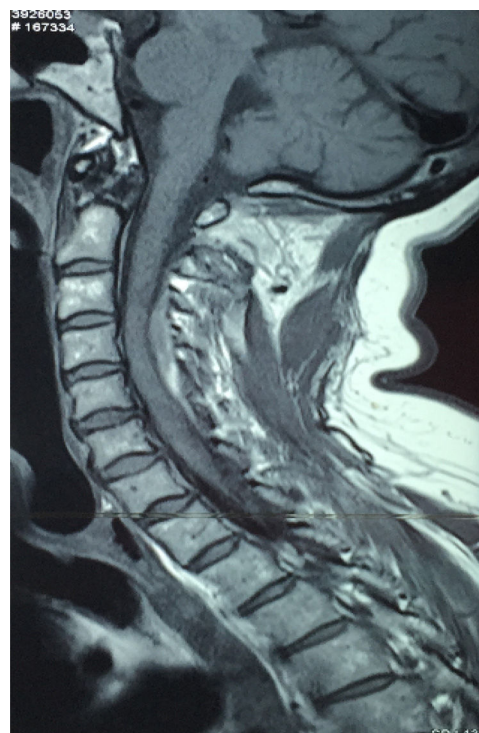


Figura 1 – TC cervical: hematoma epidural: imagen densa, en región extraaxial postero-lateral izquierda, convexa hacia el canal raquídeo que desplaza el saco tecal.

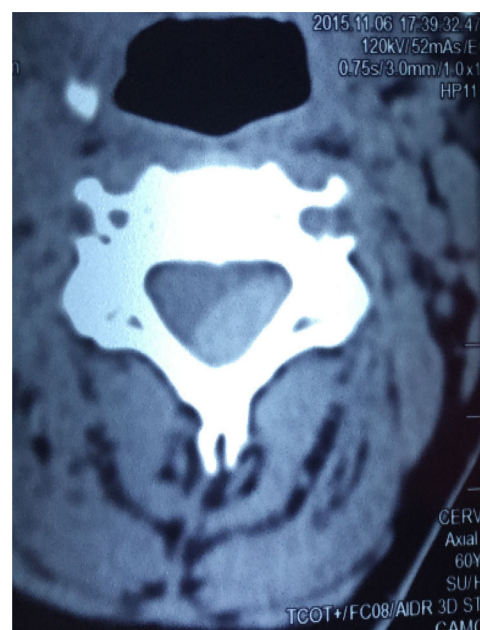


Figura 2 – RM cervical, dorso lumbar: secuencia T1, STLR y T2 en plano sagital. Se observa imagen anormal localizada en el canal raquídeo, ocupa el sector extradural, postero-lateral izquierdo del canal, desde C3 a C5, isointensa en T1 e hipointensa en T2.

etiología del HE es desconocida en un 38% de los casos. Dentro de los factores predisponentes más frecuentemente descritos se encuentran las malformaciones vasculares y los traumatismos previos y, en forma más alejada, tumores,

coagulopatías y embarazo^{2,3}. Si bien el mecanismo patológico dista de ser comprendido, la teoría más aceptada es que el hematoma se produce secundariamente a la rotura del plexo venoso epidural como resultado de un aumento de presión intratorácica y/o intraabdominal. La otra teoría menos aceptada es que el sangrado provenga de las arterias radicales que acompañan las raíces nerviosas dentro del espacio epidural. Esta rotura podría ser facilitada por traumatismos o movimientos bruscos, especialmente en pacientes con espondiloartrosis^{4,5}.

El diagnóstico se realiza mediante técnicas de imagen, siendo la RM el método más sensible para detectar estas lesiones. Define, con un alto grado de resolución, la extensión craneocaudal del hematoma, su efecto sobre la médula y la evolución del mismo, y descarta diagnósticos diferenciales. En las primeras 24 h del hematoma, se visualiza una lesión isointensa en T1 e hiperintensa en T2, y en las próximas 24 h se convierte hiperintensa en T1 y en T2⁵. El hematoma crónico es principalmente hipointenso en secuencias con información T1 y T2. La arteriografía debe solicitarse si en la RM aparece una imagen indicativa de malformación vascular⁶.

En pacientes con alteraciones neurológicas significativas o progresivas el tratamiento neuroquirúrgico se debe realizar de urgencia para evitar el daño neurológico permanente. Cuanto más precoz se realice la intervención, mejor pronóstico funcional. Usualmente se opta por realizar una laminectomía y evacuación del sangrado^{7,8}. En 2 estudios clínicos recientes (Dziedzic et al. en 2014 y Kim et al. en 2012) se define la conducta invasiva de urgencia en pacientes con déficits severos o riesgo de vida, pudiendo optar por una conducta conservadora no quirúrgica en aquellos con déficit neurológico leve. No existen estudios aleatorizados que comparen ambas estrategias terapéuticas, ni consenso en cuanto a que factores tener en cuenta al elegir un tratamiento^{9,10}. El tamaño del hematoma no debe ser tomado en cuenta a la hora de optar por una estrategia terapéutica. Groen demostró que en los pacientes que se optó por tratamiento conservador presentaban hematomas epidurales de mayor tamaño, destacando la severidad de los síntomas neurológicos como factor determinante a la hora de elegir la estrategia terapéutica¹¹. La edad avanzada, la presencia de hipertensión arterial y el presentarse bajo anticoagulación son otros factores relevantes asociados al pronóstico del HEEI^{12,13}. La resolución espontánea en estos pacientes se explicaría por la fuga del líquido del hematoma a través del agujero intervertebral, lo cual conduce a descompresión de la médula espinal y estructuras nerviosas¹⁴. En nuestra paciente se optó por un tratamiento conservador debido a la demora (por razones geográficas) en arribar a un centro especializado para su diagnóstico y tratamiento, sumado a la remisión de su sintomatología.

Conclusión

Si bien el HEEI es una patología infrecuente, puede causar severa morbilidad, y debe ser conocida por el médico clínico. Su diagnóstico precoz mediante RM mejora el pronóstico. El tratamiento conservador solo está indicado en pacientes

estables, con déficit neurológico leve o cuando el estado general o las comorbilidades contraindican la cirugía. Este caso pretende sumar información respecto a las decisiones terapéuticas en esta patología grave y aguda.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lonjon MM, Paquis P, Chanalet S, Grellier P. Nontraumatic spinal epidural hematoma: Report of four cases and review of literature. *Neurosurgery*. 1997;41:483-7.
2. Kreppel D, Antoniadis G, Seeling W. Spinal hematoma: A literature survey with meta-analysis of 613 patients. *Neurosurg Rev*. 2003;26:1-49.
3. Taniguchi LU, Pahl FH, Lucio JE, Brock RS, Gomes MQ, Andoni T, et al. Complete motor recovery after acute paraparesis caused by spontaneous spinal epidural hematoma: Case report. *BMC Emerg Med*. 2011;11:10.
4. Sirin S, Arslan E, Yasar S, Kahraman S. Is spontaneous spinal epidural hematoma in elderly patients an emergency surgical case? *Turk Neurosurg*. 2010;20:557-60.
5. Varela Rois P, González García J, Regueira Portas M, Martínez Cueto P, Acevedo González E. Hematomas espinales: la apoplejía espinal. *Neurología*. 2010;25:96-103.
6. Urueña Álvarez P, Ascencio JL, Riaño Montañez F. Hematomas espinales. *Rev Colomb Radiol*. 2013;24:3640-7.
7. Liu WH, Hsieh CT, Chiang YH, Chen GJ. Spontaneous spinal epidural hematoma of thoracic spine: A rare case report and review of literature. *Am J Emerg Med*. 2008;26:384.e1.
8. Vandermeulen EP, van Aken H, Vermeylen J. Anticoagulants and spinal-epidural anesthesia. *Anesth Analg*. 1994;79:1165.
9. Dziedzic T, Kunert P, Krych P, Marchel A. Management and neurological outcome of spontaneous spinal epidural hematoma. *J Clin Neurosci*. 2015;22:726-9.
10. Kim T, Lee Hyun CH, Yoon SH, Kim KJ, Kim HJ. Clinical outcomes of spontaneous spinal epidural hematoma: A comparative study between conservative and surgical treatment. *J Korean Neurosurg Soc*. 2012;52:523-7.
11. Groen RJ. Non-operative treatment of spontaneous spinal epidural hematomas: A review of the literature and a comparison with operative cases. *Acta Neurochir*. 2004;143:103-10.
12. Gopalkrishnan CV, Dhakoji A, Naire S. Spontaneous cervical epidural hematoma of idiopathic etiology. *J Spinal Cord Med*. 2012;35:113-7.

-
13. Muñoz González A, Cuello JP, Rodríguez Cruz P, Iglesias Mohedano M, Domínguez Rubio R, Romero Delgado R, et al. Hematoma espinal epidural espontáneo: estudio retrospectivo de una serie de 13 casos. *Neurología*. 2015;30:393-400.
 14. Inamasu J, Hori S, Aoki K, Aikawa N, Maruiwa H, Toyama Y. Spontaneous spinal epidural hematoma. *Am J Emerg Med*. 2000;18:837-9.