

CIRUGIA DE URGENCIA

*Anemia aguda del lactante por hematoma subdural**

Dr. PEDRO BENEDEK **

INTRODUCCION

El autor se permite presentar ante la Sociedad de Cirugía el caso de un niño por él tratado, portador de una patología que interesa por igual a cirujanos y neurocirujanos y que —siendo extremadamente rara no sólo en nuestro medio sino en la literatura— cree merece ser comentada.

Es un hecho clásico que los hematomas subdurales agudos (HSDA) pueden provocar en los lactantes un cuadro de anemia aguda. La asociación de anemia aguda (AA) y de HSDA reviste una particular gravedad resultante de su elevada mortalidad individual y de su efecto sumativo recíproco.

Ambas entidades deben ser diagnosticadas y tratadas rápidamente so pena de resultar fatales a corto plazo.

En un politraumatizado, el diagnóstico clínico de AA no ofrece dificultades; más difícil resulta generalmente el diagnóstico de proceso expansivo hemorrágico intracraneano. Pero ciertamente la dificultad mayor consiste en vincular el uno con el otro, salvo que el traumatismo —como el caso del niño que relataremos— haya sido encefalocraneano puro.

El autor se apresura a reconocer que —de no mediar su inexperiencia en este tipo de situaciones— el diagnóstico de HSDA debió haber sido realizado mucho más precozmente ante un lactante en AA con un TEC PURO.

Pero veamos la historia clínica.

HISTORIA CLINICA

Se trata de un niño de 12 meses de edad que cae hacia atrás desde la cama de los padres, de 40 cm. de altura, golpeando contra el piso con la cabeza a nivel de región occipital. El padre presencia la caída y es concluyente en su afirmación de que no existió otra zona de impacto que la craneana. En el domicilio hace un paro cardiorrespiratorio del que se recupera por la oportuna intervención de un Pediatra de la zona y es llevado al Centro de Asistencia del Sindicato Médico N° 2.

Al ingreso, el examen general muestra un niño con intensa anemia clínica, que es el elemento más llamativo del examen.

El examen neurológico muestra un niño en coma superficial, que no mira y que reacciona pobremente a los estímulos dolorosos. Pupilas chicas, con RFM presente. MOE conservada con maniobras estatoquinéticas. Moviliza espontáneamente los 4 miembros sin evidencia de déficit motor.

Por no pensar en ese momento en una HSDA como origen de la AA —olvidando que el traumatismo fue encefalocraneano puro— se plantea una causa intraabdominal de tipo rotura de viscera maciza o desgarro de mesenterio.

El Cirujano de Guardia efectúa dos punciones abdominales diagnósticas que resultan en blanco. En el interin se realiza una RX de cráneo, que no muestra signos de traumatismo óseo. La glándula pineal —por la edad— no se visualiza.

Se decide administrar sangre 250 cc. I/V pero a pesar de un goteo rápido, no mejora la anemia clínica.

Se llama en consulta a un cirujano de niños que descarta una lesión de viscera abdominal y torácica y atribuye la AA a un hematoma intracraneano.

No conformes con este planteo diagnóstico, se decide llevar al paciente a la Sala de Operaciones y se realiza una pequeña laparotomía exploradora por incisión mediana supraumbilical, que descarta un hemoperitoneo. Como último recurso se resuelve descartar un hematoma intracraneano, explorando el sector supratentorial.

DESCRIPCION OPERATORIA

Se realizan dos orificios de trépano del lado derecho, uno frontal y otro parietal; protruye cerebro cubierto de aracnoides llena del LCR. Se traza entonces un colgajo FPT derecho aprovechando los dos orificios ya hechos. Duramadre medianamente tensa. Puntos duroperiósticos. Apertura dural a colgajo en la línea media. La superficie del cerebro es patológica, "arrugada", hipervascularizada y el espacio subaracnoideo está relleno de una sustancia de consistencia gelatinosa, difícil de aspirar, cristalina. Una vez aspirada parte de esa "jalea" transparente el cerebro queda deprimido. Se trata probablemente de una lesión crónica, antigua secuela de un traumatismo perinatal. Cierre por planos de la craneotomía. Ahora se realizan dos orificios de trépano del lado izquierdo, uno frontal y otro parietal: se comprueba un HSDA. Se labra ahora un colgajo FPT izquierdo aprovechando los dos orificios ya hechos. Se observa un enorme HSDA de 2 cm. de espesor, que ocupa toda la convexidad del hemisferio, desde el polo F al O y desde el piso de la fosa media (base del lóbulo T) hasta el seno longitudinal superior. Evacuación de los coágulos por aspiración. En el momento de aspirar los coágulos comienza a sangrar en forma muy abundante la zona vecina al seno longitudinal en el sector parietal. En ese momento el Anestesista comprueba un paro cardíaco. Se hace masaje cardíaco a tórax cerrado —que resulta ineficaz— y luego rápidamente toracotomía, masaje cardíaco a cielo abierto e inyección intracardiaca de Adrenalina el 1%. Sale rápidamente del paro y se observa que la hemostasis del seno longitudinal se hizo espontáneamente en el interin. Queda con taquicardia de 200 pm.

* Trabajo del Instituto de Neurología.

** Asistente de Neurocirugía.

Publicado el 9 de mayo de 1973.

EMM
Bosó

Se deja pericardio abierto y se cierra la toracotomía, dejando drenaje pleural bajo agua. Cierre por planos de la craneotomía y de la laparotomía exploradora.

A pesar de la intensa reposición de sangre, el niño continúa con marcada palidez cutaneomucosa y taquicardia de 200 p.m. y fallece dos horas después, probablemente por insuficiencia cardíaca descompensada.

RESUMEN

Se presenta una observación personal de anemia aguda provocada por un hematoma subdural, haciendo hincapié en lo excepcional de esta asociación lesional y en la necesidad de pensar en diagnosticar y operar rápidamente el hematoma intracraneano, y no atribuir la descompensación circulatoria a una lesión abdominal o torácica frente a un traumatismo encefalocraneano puro.

RÉSUMÉ

Présentation d'une observation personnelle d'anémie aiguë provoquée par un hématome sub-dural. Nous soulignons l'aspect exceptionnel de cette association lésionnelle et la nécessité d'un diagnostic et d'une intervention rapides de l'hématome intra-crânien. Il convient de ne pas attribuer la décompensation circulaire à une lésion abdominale ou thoracique au lieu du traumatisme encéphalo-crânien pur.

SUMMARY

One of the author's patients presented a rare lesional association of acute anaemia caused by subdural hematoma. In such cases it is imperative to suspect, diagnose and rapidly operate the intracranial hematoma. Circulatory decompensation should not be attributed to an abdominal or thoracic lesion when it is a case of clear encephalo-cranial traumatism.

BIBLIGRAFIA

1. BOROVICH, B. Citado por Fregeiro (4).
- 2) GARCIA GÜELFI, A. Comunicación personal, (1973).
- 3) FOLLE, J. A. Comunicación personal, (1973).
- 4) FREGEIRO, O. Comunicación personal, (1973).

DISCUSION

El autor ha revisado la literatura de los últimos años y no ha podido encontrar referencias bibliográficas.

En nuestro medio, Folle (3) no recuerdo ningún caso personal. Fregeiro (4) recuerda dos casos, uno de Borovich (1) y uno personal. García Güelfi (2) tiene una observación personal de un lactante de 9 meses que cae de una silla y que —operada de su HSDA y tratada la AA— salvó la vida.