

Hematoma extradural raquídeo espontáneo

Dres. Pedro Benedek, Miguel Estable, Juan Medoc y Juan Purriel

Los autores presentan el primer caso de la literatura nacional de hematoma extradural raquídeo espontáneo. Se describe el inicio brusco con intenso dolor lumbar, paraplegia aguda e incontinencia esfinteriana.

El estudio radiológico vertebral fue normal. La punción lumbar demostró un líquido cefalorraquídeo claro, con una disociación albumino-citológica y la mielografía un stop completo a nivel D8-D9. La laminectomía de urgencia permitió evacuar un hematoma extradural D7-D8 y D9, con una evolución postoperatoria favorable.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Spine / Epidural / Hematoma.

La compresión aguda de la médula espinal por un hematoma extradural raquídeo espontáneo constituye una patología poco frecuente. Se debe diferenciar este hematoma extradural espontáneo del hematoma extradural raquídeo traumático provocado por una fractura vertebral corporal parcial o por una fractura del arco posterior; el hematoma se desarrolla en este caso en el curso de pocas horas y luego de un intervalo libre comprime a la médula y produce una paraparesia rápidamente progresiva. Este hematoma traumático puro —si bien existe— es de observación excepcional (4).

Paradojalmente, el hematoma extradural raquídeo espontáneo constituye una entidad más frecuente pero mal conocida (4). En su forma de presentación más frecuente, este hematoma extradural es de topografía cervical, cervico-dorsal o dorsal alta, está limitado a un pequeño número de vértebras, comprime rápidamente a las raíces y a la médula y se manifiesta inicialmente por un dolor vertebral agudo, inopinado, seguido de una paraplegia. El LCR es claro y existe un bloqueo manométrico con disociación albúmino-citológica (4).

Planteado el diagnóstico de esta afección es imperativo realizar acto seguido una mielografía y demostrado el stop radiológico de comprimir la médula evacuando el hematoma extradural mediante una laminectomía. Se trata de

Instituto de Neurología (Prof. A. Schroeder Otero). Facultad de Medicina. Montevideo.

una patología esencialmente curable mediante la cirugía.

OBSERVACION CLINICA

Se trata de una paciente de sexo femenino, de 64 años de edad, sin antecedentes patológicos a destacar, que comienza 12 horas antes del ingreso (el 13 de junio de 1978) con dolor intenso, inopinado, en flanco izquierdo irradiado a la región lumbar, hipogastrio y al miembro inferior izquierdo.

Seis días antes había presentado en forma muy transitoria dolor "en cinturón" en la base del tórax.

El día del ingreso —pocos segundos después de iniciado el dolor lumbar— nota pérdida de fuerzas en ambos miembros inferiores en forma brusca, con caída al suelo y pérdida de orina por incontinencia esfinteriana. Desde ese momento nota una paraplegia completa de ambos miembros inferiores.

Examen: Se trata de una gran obesa, de más de 100 kilos de peso, que presenta una paraplegia completa sensitivo-motora, flácida, con arreflexia, con un nivel de anestesia para todos los tipos de sensibilidad a nivel de D8-D9. La punción lumbar revela un LCR cristal de roca, con una evidente disociación albúmino-citológica. La radiografía simple de columna (fig. 1) no muestra alteraciones y la mielografía demuestra un stop prácticamente completo D8-D9 (figs. 2 y 3).

Operación: Con diagnóstico de compresión medular aguda D8-D9 por probable metástasis peridural se opera de urgencia comprobándose luego de realizada la laminectomía de las vértebras D7, D8 y D9 un voluminoso hematoma extradural en la cara dorsal del saco dural y un tejido peridural que impresiona como "patológico" que se extirpa para estudio anatómo-patológico. El tejido óseo de las vértebras exploradas es normal y no se realiza apertura del saco dural. Se interpreta el hallazgo operatorio como una metástasis peridural que ha sufrido una hemorragia intratumoral con producción de un importante hematoma extradural raquídeo. Este "sangrado intratumoral" explica la agudeza de inicio de la sintomatología neurológica (paraplegia aguda).

Anatomía Patológica (Dres. Medoc y Purriel): El estudio exhaustivo de todo material biopsico sólo demuestra la presencia de sangre sin evidencia de tejido tumoral.

Evolución Postoperatoria: En el curso de tres meses ha recuperado las fuerzas de ambos miembros inferiores al punto de poder desplazarse por sus propios medios. La búsqueda de un "tumor primitivo" en los distintos sectores de la economía resultó estéril.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 2 de mayo de 1979.

Profesor Adjunto Titular de Clínica Neuroquirúrgica, Asistente de Clínica Neuroquirúrgica, Profesor Agregado de Anatomía Patológica y ex-Jefe del Laboratorio de Anatomía Patológica del Instituto de Neurología.

Dirección: Rambla Rep. del Perú 1043, Montevideo (Dr. P. Benedek).

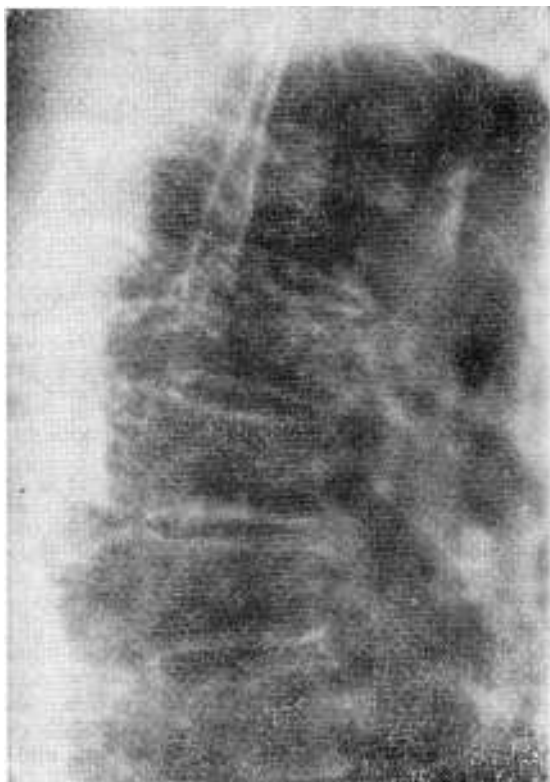


FIG. 1.—Radiografía de perfil de columna dorsal. No se observan lesiones.

DISCUSION

El primer caso de hematoma extradural raquídeo espontáneo fue descrito en 1897 por Bain (1). Hasta el año 1967 sólo han sido descritos 49 casos en la literatura mundial (6). De estos 49 casos, 28 eran del sexo masculino y 21 de sexo femenino. La edad varió entre 18 meses y 79 años (6). El mayor número de casos ocurrió entre los 51 y 60 años.

El cuadro clínico se caracteriza por un dolor raquídeo cervical o dorsal asociado frecuentemente a dolor radicular irradiado en cinturón hacia el tórax o hacia los miembros. Luego se manifiestan signos de compresión medular o de la cola de caballo. El inicio puede ser agudo, brutal —como en nuestra paciente— o evolucionar en un periodo de horas o días (3). Pueden existir antecedentes de dolor —como en nuestra observación— e incluso episodios transitorios de paraparesia (3). El dolor severo se topografía inicialmente a nivel de la lesión vertebral; más adelante puede difundir hacia otros segmentos del raquis. Según Svien (7), la sintomatología es similar a la de una herniación discal aguda.

El inicio del dolor puede estar relacionado con esfuerzos mínimos (defecación, micción, estornudo) o aparecer durante el sueño (6).

El déficit motor es rápidamente progresivo, la paraplegia —o cuadriplegia, si el hematoma

es cervical— se completa en el curso de 3 horas (6), y es en general flácida con hipo o arreflexia. El nivel de anestesia de tipo medular es evidente y en la mayoría de las observaciones existe incontinencia esfinteriana.

El diagnóstico diferencial debe ser realizado con la hernia discal aguda y el aneurisma disecante de aorta (2).

En la mayoría de los pacientes el hematoma extradural estaba limitado a dos o tres segmentos vertebrales (6). La lesión más extensa se extendía desde C3 hasta S1 (6).

Los estudios radiológicos del raquis nunca demostraron lesiones agudas.

Las pruebas manométricas indicaron un bloqueo en 19 de 29 casos; la proteinorraquia estaba aumentada en la mayoría de los pacientes. Por lo tanto, un examen citoquímico normal no descarta el diagnóstico (6).

La mielografía constituye —como ante toda sospecha de compresión medular aguda— el examen complementario indispensable y debe ser realizado sin demora (6).

El tratamiento debe consistir en una laminectomía inmediata y la evacuación del hematoma. El pronóstico depende de la edad, del estado general previo, del nivel lesional en la médula, de la progresividad clínica y de la rapidez con que se realicen la mielografía y la laminectomía decompresiva.

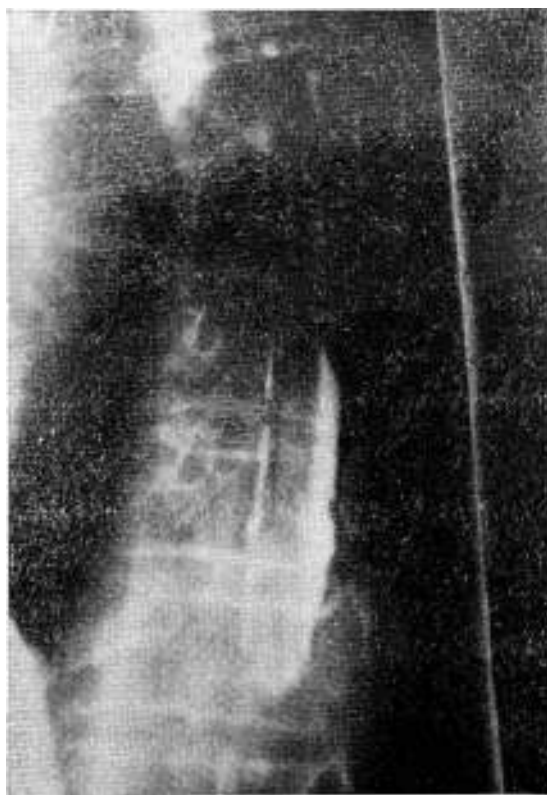


FIG. 2.—Mielografía de frente. Stop a nivel de D8-D9.

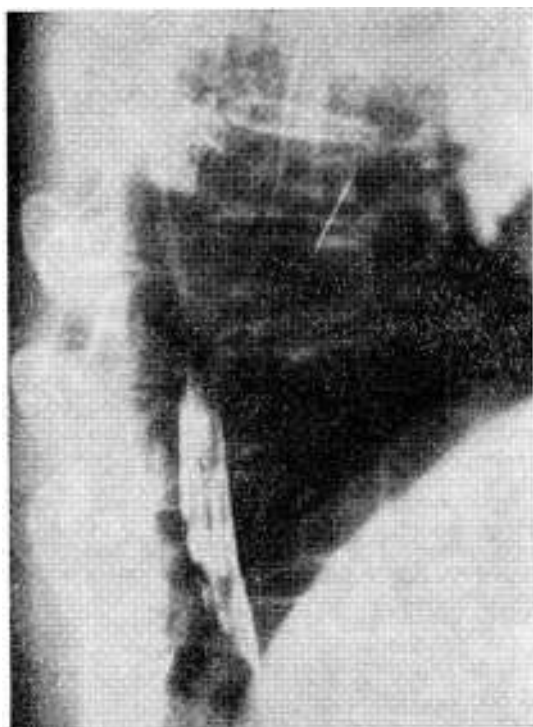


FIG. 3.—Mielografía de perfil. Stop a nivel de D8-D9.

Etiología. — En aquellos pacientes cuyos síntomas fueron precedidos solamente por esfuerzos mínimos (defecación, micción, estornudo) el mecanismo fisiopatológico debe consistir en la transmisión de una hipertensión intraabdominal e intratorácica al plexo venoso peridural con producción de una hemorragia a punto de partida de algún tipo de patología venosa, a saber (5): angiomas venosos (2), hemangiomas (2) o várices peridurales (2). Parece probable, por lo tanto, que el hematoma extradural raquídeo espontáneo constituye una entidad patológica con múltiples mecanismos etiológicos; descartadas las coagulopatías se debe plantear la patología venosa, puesto que resulta altamente improbable que la hipertensión venosa provoque por sí sola en un sistema venoso normal una hemorragia extradural (2).

RESUME

Hématome extradural rachidien spontané

Le premier cas dans la littérature nationale d'hématome rachidien extradural spontané est présenté.

Le début aigu est marqué par une douleur vertébrale lombaire brutale, paraplégie immédiate et dysfonction sphinctérienne. La radiologie du rachis était normale, le liquide céphalo-rachidien clair avec une dissociation albumino-citologique et la myélographie a démontré un stop complet D8-D9.

La laminectomie faite d'urgence a permis d'évacuer un hématome extradural D7-D8 et D9, avec une bonne évolution postopératoire.

SUMMARY

Spontaneous Spinal Extradural Hematoma

The first case in the uruguayan literature of a spontaneous spinal epidural hematoma is presented. The clinical course is described, with sudden onset of severe lumbar pain, acute paraplegia and bladder and bowel dysfunction.

X-rays of the spine disclosed no anomalies. Lumbar tap revealed clear CSF with increase of protein content and normal cellcount. Myelography showed a complete block at the T8-T9 level. Immediate laminectomy disclosed an epidural hematoma at 17-18 and 19. The postoperative course was good.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BAIN W. A case of Haemorrhachis. Citado por Markham (6). *Br Med J*, 2: 455, 1897.
2. COOPER DW. Spontaneous Spinal Epidural Hematoma. *J Neurosurg*, 26: 343, 1967.
3. DAWSON BH. Paraplegia due to Spinal Epidural Haematoma. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*, 26: 171, 1963.
4. LEPOIRE J, TRIDON P, MONTAUT J et GERMAIN F. L'Hématome Extradural Rachidien Spontané. *Neurochir*, 7: 298, 1961.
5. LOWREY JJ. Spinal Epidural Hematomas. Experiences with three Patients. *J Neurosurg*, 16: 508, 1959.
6. MARKHAM JW, LYNCE HN and STAHLMAN EB. The Syndrome of Spontaneous Spinal Epidural Hematoma. *J Neurosurg*, 26: 334, 1967.
7. SVIEN HJ, ADSON AW and DODGE HW Jr. Lumbar Extradural Hematoma. Report of case simulating protruded disk syndrome. *J Neurosurg*, 7: 587, 1950.