

Presentación de caso

Hematoma epidural cervicodorsal espontáneo

Epidural hematoma spontaneous cervicodorsal

Rosney Jesús Valdés Cuesta^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6458-8163>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

*Autor para la correspondencia: drjjesusvc@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: Describir las características clínicas e imagenológicas de una paciente con hematoma epidural cervicodorsal espontáneo, su tratamiento y evolución.

Caso clínico: Se presenta una paciente que debutó con cefalea, cervicalgia, molestia en miembro inferior derecho y dificultades para el coito y la micción. Se le realizó una tomografía computarizada y una resonancia magnética de columna. Se comprobó un hematoma epidural cervicodorsal espontáneo. El tratamiento fue conservador: metilprednisolona, furosemida, tramadol y gabapentina. Egresó del hospital al decimoquinto día, con una evolución satisfactoria.

Conclusiones: Con una exploración imagenológica se pudo comprobar el diagnóstico de la paciente; y con el tratamiento conservador se evitó la intervención quirúrgica. Con pautas menos invasivas la paciente tuvo una evolución favorable.

Palabras clave: hematoma epidural espinal espontáneo; tratamiento conservador.

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and image characteristics of a female patient with spontaneous cervicodorsal epidural hematoma, his treatment and evolution.

Clinical case report: The case of a patient who debuted with headache, cervicalgia, discomfort in his lower right limb and difficulties for intercourse and urination is reported. She underwent a computed tomography and a magnetic column resonance. A spontaneous cervicodorsal epidural hematoma was confirmed. The treatment was conservative, methylprednisolone, furosemide, tramadol and gabapentin. She was discharged from the hospital on the fifteenth day, with satisfactory evolution.

Conclusions: Using imaging examination, the diagnosis of the patient could be verified; and using a conservative treatment, surgical intervention was avoided. This patient had a favorable outcome using a less invasive approach.

Keywords: spontaneous spinal epidural hematoma; conservative treatment.

Recibido: 24/02/2021

Aprobado: 20/03/2021

Introducción

El hematoma epidural cervicodorsal espontáneo es una enfermedad muy poco frecuente.⁽¹⁾ La mayoría de los casos descritos en la bibliografía se encuentran relacionados con el uso de anticoagulantes, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), antiagregantes plaquetarios,^(1,2,3,4) neoplasias e infecciones.⁽⁵⁾ Las formas traumáticas se relacionan con accidentes de tránsito y procedimientos médicos, como punciones raquídeas o anestesia epidural; son casi exclusivas de estos últimos.^(4,6) Hay casos espontáneos con malformaciones arteriovenosas y hemangiomas vertebrales.⁽⁶⁾ Existen formas de presentación aguda y crónica, esta última es la más rara.^(4,5,6) La clínica es bastante clásica; consiste en dolor agudo intenso cervicodorsal asociado a un componente radicular.⁽⁶⁾

El estudio mediante imagen de elección para el diagnóstico es la resonancia magnética (IRM), y la intervención quirúrgica urgente es el tratamiento principal.

El tratamiento conservador se utiliza solo para casos sin manifestaciones clínicas de compresión medular y progresión neurológica favorable.⁽⁵⁾

En general, el pronóstico en pacientes quirúrgicos es bueno, y depende de la rapidez en la intervención ante la aparición del cuadro clínico.⁽⁴⁾

El objetivo de este trabajo fue las características clínicas e imagenológicas de una paciente con hematoma epidural cervicodorsal espontáneo, su tratamiento y evolución.

Caso clínico

Paciente femenina, de 65 años de edad, tez blanca, que acudió por dolor intenso cervicodorsal, el cual no se aliviaba con el tratamiento médico realizado. A la anamnesis refirió padecer de hipertensión arterial controlada con enalapril 20 miligramos diarios; y presentar desde hace días cefalea de moderada intensidad, en la escala visual análoga (EVA) 6 de 10 puntos, asociada a cervicalgia severa (EVA 9 de 10 puntos), con extensión a la región dorsal, irradiación al miembro inferior derecho, sin tomar un dermatoma específico, y disestesia en la región pubiana, con dificultad para el coito y la micción.

En el examen físico se constató adecuadas cifras de tensión arterial e índice de masa corporal igual a 35,2 (obesidad grado II), la sensibilidad estaba alterada, con parestesia en C5, C6, C7 y C8 bilaterales, e hipoestesia en dermatoma L1 bilateral; no defecto motor y reflejos conservados.

Se sospechó una lesión medular aguda, a pesar de no presentar antecedentes traumáticos, por lo que se realizó una tomografía computarizada (TC) y, posteriormente, una IRM de columna (Fig. 1), que mostró ocupación del espacio epidural anterior cervicodorsal, desde C5 hasta D3, con un diámetro máximo de 4 milímetros, de 42 unidades *hounsfield* en la TC, e hipointensa en T2 e isointensa en T1, sin realce en el estudio contrastado; hallazgos que sugerían un hematoma agudo epidural anterior.



Fig. 1 - Secuencia potenciada en T2, sagital. La colección epidural es hipointensa y se extiende desde C5 hasta D3, compatible con hematoma agudo (flechas).

La paciente fue ingresada ante la ausencia de datos de compresión medular. Se optó por un tratamiento conservador y se reservó la opción quirúrgica para un empeoramiento clínico. Durante las primeras 72 horas se administró metilprednisolona 500 miligramos (mg) endovenoso (EV) cada 6 horas, furosemida 20 mg/EV diario, tramadol 100 mg/EV cada 12 horas, gabapentina 300 mg cada 8 horas por vía oral. El dolor mejoró, la evolución fue favorable y al cuarto día se suspendieron los corticoesteroides.

Inicialmente, se pensó en una enfermedad traumática, tumoral o malformación vascular, y al ser descartadas por los estudios de imagen, se buscaron enfermedades sistémicas, como la vasculitis autoinmune, dada la mejoría tras el tratamiento esteroideo inicial, aunque posteriormente continuó mejorando sin ellos.

La analítica autoinmune mostró autoanticuerpos negativos, así como coagulación normal, y en el resto de los complementarios se observaron valores dentro de los parámetros normales.

La paciente recibió el alta a los 15 días del ingreso sin secuelas neurológicas, excepto cervicalgia posterior leve (EVA 2 de 10 puntos), esporádica. En la IRM prealta, a los 15 días del ingreso, se observó una mejoría radiológica, con desaparición casi completa del hematoma epidural (Fig. 2).



Fig. 2 - Resonancia magnética de control a los 15 días del ingreso: secuencia potenciada en T2, sagital. Se evidencia una completa resolución del hematoma.

Discusión

El hematoma epidural agudo espontáneo es una enfermedad infrecuente.^(6,7,8,9,10,11) Se ha descrito su relación con anticoagulantes orales, AINE⁽¹⁰⁾ y antiagregantes plaquetarios;⁽⁴⁾ con la punción lumbar y la anestesia epidural, que son complicaciones casi exclusivas de dichos procedimientos.^(4,6)

Otros casos presentan asociaciones más raras como: crisis hipertensivas, tras la trombolisis del infarto agudo de miocardio, eventos vasculares cerebrales y colagenosis, además de enfermedades reumáticas,⁽⁴⁾ neoplasias e infecciones.⁽⁵⁾ Existen algunas formas de aparición tras esfuerzos importantes, espondilólisis o hernias discales.⁽⁶⁾

En cuanto a la edad de presentación, se describe un mayor porcentaje de aparición después de la cuarta y quinta décadas, aunque se ha observado en todos los grupos etarios, y es rara en niños.⁽⁴⁾

La relación hombre/mujer es de 1,4 a 1.⁽⁵⁾ La fisiopatología del desarrollo de este proceso es poco clara, y se cree que se relaciona con la rotura de las paredes venosas sin válvulas del plexo venoso de Batson ante un traumatismo o un aumento súbito de la presión venosa transmitida de la cavidad toracoabdominal,^(4,5) aunque existen controversias en este aspecto y algunos autores consideran un origen arterial.⁽⁵⁾ Los puntos más comunes de aparición son la columna cervicodorsal o toracolumbar,⁽⁴⁾ pero pueden producirse a cualquier altura del raquis. Suelen localizarse en la zona más posterior del canal raquídeo^(1,6) o invadir la cara lateral y ventral y afectar de 1 a 14 segmentos vertebrales contiguos.⁽⁴⁾

Generalmente, la clínica consiste en dolor cervical o dorsolumbar de instauración brusca, asociado a componente radicular, similar a la hernia discal.⁽⁶⁾ El componente radicular suele aparecer con el dolor, y puede ir desde una paraparesia hasta la parálisis completa, según el nivel de la lesión;⁽⁵⁾ además, se puede presentar déficit sensitivo y trastornos esfinterianos. Hay algunos casos menos frecuentes en los que la manifestación clínica principal es el déficit radicular, sin dolor significativo acompañante,⁽¹²⁾ u otros donde los signos motores pueden quedar enmascarados por el dolor.⁽⁶⁾

Estos cuadros clínicos también pueden presentarse en casos de hematomas subdurales, por lo que el diagnóstico entre ambos puede ser difícil; un dato orientador hacia el epidural es que suele tener una presentación más aguda.^(13,14) En ocasiones, los hematomas cervicales altos ocasionan *shock* espinal con desenlace fatal.⁽⁵⁾ Según la naturaleza del proceso, los síntomas y signos pueden

desarrollarse de manera brusca o progresiva, como en el caso de los hematomas crónicos.⁽⁶⁾

La instauración lenta de la enfermedad parece deberse a sangrados pequeños, y existen casos más raros en los que los síntomas se presentan con episodios de exacerbación-remisión, denominados por algunos autores “sangrados recurrentes”.⁽⁴⁾ Se ha descrito la presentación como síndrome de Brown-Séquard, aunque de manera excepcional.⁽¹⁴⁾

En la actualidad, el método de elección de diagnóstico por la imagen es la IRM,^(4,5,6,7,8) aunque tanto el clínico como el radiólogo deben poseer alta sospecha respecto a la enfermedad.⁽¹³⁾ La IRM permite detectar el hematoma y aportar datos como localización, tamaño, posición y grado de compresión medular.⁽⁴⁾

El hematoma epidural se observa como una colección biconvexa en el espacio epidural, con bordes bien definidos. En el estadio subagudo se muestra intensidad de señal alta en las imágenes potenciadas en T1. El diagnóstico respecto a los hematomas subdurales puede ser difícil, aunque estos son lesiones extensas que ocupan varios segmentos espinales, a diferencia de los epidurales, que suelen ser más localizados.⁽¹³⁾

Ante la imposibilidad de realizar una IRM, es recomendable efectuar una TC.⁽⁵⁾ El diagnóstico diferencial clínico y radiológico debería incluir el hematoma espinal subdural, las malformaciones vasculares, las metástasis extradurales, el absceso epidural, los tumores (schwannoma, neurofibroma, meningioma),^(15,16) las hernias discuales agudas, las radiculopatías, los aneurismas disecantes de aorta, la mielitis transversa aguda, las trombosis medulares, la isquemia medular aguda, la espondilitis y el infarto agudo de miocardio.^(4,5)

La regresión espontánea es rara, salvo en hematomas laminares pequeños.^(4,6) El tratamiento de elección es la intervención quirúrgica urgente con laminectomía descompresiva y remoción del hematoma.^(7,8,9,10,11,12) En casos con déficit neurológico incompleto, la intervención debería realizarse en las primeras 48 horas tras el inicio de los síntomas y en las primeras 36 horas en casos con déficit completo.⁽⁵⁾ En pacientes con riesgo quirúrgico alto (por ejemplo, anticoagulados), la morbilidad y mortalidad es elevada, por lo que si se decidiese

no operar, debería suspenderse la administración del medicamento y revertir el efecto si fuese necesario.⁽⁶⁾

El tratamiento conservador del hematoma epidural también se ha descrito,^(4,6) y se reserva para pacientes con mejoría de los déficits neurológicos en fase temprana, ausencia de señales de compresión medular y ante la existencia de alteraciones en la coagulación. Requiere un intenso control clínico y por imagen.⁽⁴⁾

Los hematomas que aparecen a distintos niveles en pacientes con trastornos de coagulación pueden ser difíciles de tratar, por lo que, aunque la recuperación funcional de estos puede no ser completa, el hematoma debería tratarse de forma conservadora y proteger al paciente del riesgo de una intervención quirúrgica.⁽⁵⁾

En pacientes con alto riesgo quirúrgico, debería considerarse, además, la realización de una aspiración percutánea con uso de esteroide para disminuir el daño medular.⁽⁴⁾

El pronóstico tras el tratamiento quirúrgico es bueno. Los factores más importantes son la localización y extensión del hematoma, la condición neurológica antes de la intervención, la enfermedad primaria precipitante y, sobre todo, el tiempo desde el primer síntoma hasta la intervención quirúrgica.⁽⁴⁾

Los hematomas localizados en la región cervical son los más graves, ya que pueden afectar a los músculos de la respiración y tener una evolución fatal.⁽⁴⁾ En los pacientes tratados de forma conservadora, el seguimiento es largo y existe una alta probabilidad de no remisión o de recidiva.⁽⁴⁾

La paciente presentada no utilizó medicación que afecte la coagulación; y aunque adolece de hipertensión arterial, mantuvo las cifras de tensión arterial controladas. Tampoco refirió haber hecho esfuerzos físicos, ni haber sufrido traumas previos. No presentaba ninguna otra enfermedad o lesión que se pudiera asociar con la aparición del cuadro clínico, por lo que su origen fue desconocido. Y a pesar de que la colección hemática tenía un nivel relativamente alto en el raquis y ocupaba la porción anterior del canal vertebral, se le asociaron trastornos sensitivos en relación con zonas inervadas por raíces lumbares y sacras.

Conclusiones

Con una exploración imagenológica se pudo comprobar el diagnóstico de la paciente; y con el tratamiento conservador se evitó la intervención quirúrgica. Con pautas menos invasivas la paciente tuvo una evolución favorable.

Referencias bibliográficas

1. García AJ, Giniebra GM, Bermejo JC. Hematoma espinal. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2013;17(2):187-94.
2. González García J, Gelabert González M, Allut A, Fernández Villa J, López García E, García Pravos A. Hematoma epidural cervical espontáneo. Rev Neurología. 2001;31(12):1281-2.
3. Tejero MA, Guerrero AL, Iglesias F, Gutiérrez F, Martín J, Sánchez F, et al. Hematomas cerebrales espontáneos múltiples. Descripción de una serie y revisión de la bibliografía. Rev Neurología. 2009;48(7):346-7.
4. Figueroa J, Devine JG. Spontaneous spinal epidural hematoma: literature review. Journal of Spine Surgery. 2017;3(1):58-63.
5. Baek BS, Hur JW, Kwon KY, Lee HK. Spontaneous spinal epidural hematoma. Journal of Korean Neurosurgical Society. 2008;44(1):40-2.
6. Belinchón J, Campos J, Merino J, Gallego J, Barcia C. Hematoma epidural lumbar crónico espontáneo. Neurocirugía. 2005;16(6):533-6.
7. Aksay E, Kiyani S, Kitis O, Yuruktumen A. A rare diagnosis in emergency department: spontaneous spinal epidural hematoma. Am J Emerg Med. 2008;26(7):835.e3-835.e5. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2008.01.026>
8. Domenicucci M, Mancarella C, Santoro G, Dugoni DE, Ramieri A, Arezzo MF, et al. Spinal epidural hematomas: personal experience and literature review of more than 1000 cases. J Neurosurg Spine. 2017;27(2):198-208.
9. Taha MM, Elsharkawy AM, Al HA, Albakry A. Spontaneous cervical epidural hematoma: A case report and review of literature. Surgical neurology international. 2019;10:247.

10. Hoon S, Young B, Rim Y, Seung H, In J, Won H, et al. Relapsed spontaneous spinal epidural hematoma associated with aspirin and clopidogrel. *Neurological Sciences*. 2011;32(4):687-9.
11. Wei-hsiu L, Heng-ta C, Yung-hsiao C, Guann-juh C. Spontaneous spinal epidural hematoma of thoracic spine: a rare case report and review of literature. *The American Journal of Emergency Medicine*. mayo 2007 [citado: 11/02/2021];26(3). Disponible en: [https://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757\(07\)00397-X/fulltext](https://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757(07)00397-X/fulltext)
12. Kong CW, To WWK. Spontaneous spinal epidural haematoma during pregnancy. *J Obstet Gynaecol*. 2018;38(1):129-31.
13. Varela-Rois P, Regueira-Portas M, Prado-San F, González-García J, Lama A, Rodríguez-Fernández MJ, et al. Hematoma subdural espinal espontáneo. *Rev Neurología*. 2009;48(3):156-8.
14. Ruiz-del Barrio I, Antón-Aranda E. Hematoma epidural espinal espontáneo y síndrome de Brown-Séquard. *Revista de Neurología*. abril 2009 [citado: 02/02/2021];48(07). Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2008718>
15. Ergun T, Lakadamyali H, Gokay E. A posterior epidural mass causing paraparesis in a 20-year-old healthy individual. *Int J Emerg Med*. 2009 [citado: 01/02/2021];2:195-8. Disponible en: <https://intjem.biomedcentral.com/articles/10.1007/s12245-009-0121-z>
16. Sánchez JL, Ruiz J, Martínez A, García JC, Aduna M, Vicente I. Complicación espinal hemorrágica secundaria a una punción lumbar diagnóstica. *Rev Neurología*. 2009;48(8):418-20.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de interés.