
HEMATOMA EXTRADURAL EN UN NIÑO.

Dr. Nicolás Nazar H. (\ Dr. L. Jovel,
Dra. D. Lizano, Dra. A. Ordóñez(**)*

INTRODUCCIÓN:

El hematoma extradural es una colección de sangre en el espacio comprendido entre la calota craneana y la duramadre (1) (2) (4) (5) (8). Se presenta mayormente en adultos jóvenes y en niños se ve con menos frecuencia, su reconocimiento obliga a intervención quirúrgica de urgencia (1) (5) (8). Es más frecuente en la región fronto-temporo-parietal (1) (3) (5) (8). En los infantes el cuadro clínico varía con respecto al adulto ya que puede presentarse con pérdida inmediata de la conciencia, trastorno motor rápidamente progresivo, convulsiones y signos de herniación transtentorial con aparición de anisocoria y/o ptosis parpebral de presentación temprana; el intervalo de lucidez entre el trauma y la aparición de signos neurológicos focales clásicamente descrito en los adultos, puede no aparecer en lactantes menores (1) (5) (8).

En los niños lo que sí se cumple es la presencia de una fractura lineal en la región fronto-temporal, temporo-parietal o frontoparietal, o si no fractura estrellada que comprometa todos los huesos craneanos descritos e involucre el trayecto de la arteria menígea media o sus ramas, que es la que generalmente se rompe con el traumatismo craneano, propiciando la formación de la colección hemática. (2) (8).

Como apuntamos, más frecuentemente el sangrado es arterial y en consecuencia, hay presión suficiente para que se forme el hematoma rápidamente, produciendo un despegamiento de las meninges y provocando compresión cerebral extensa y de instalación brusca, con formación de edema en el tejido cerebral y muchas veces colapso ventricular, (6) (7), con desplazamiento de las estructuras de la

línea media que propicia la herniación transtentorial o temporal, con compresión del tronco tan temida en estos casos ya que puede provocar la muerte del niño.

Con la llegada de la Tomografía Axial Computarizada (T.A.C.) a nuestro país, el enfoque de la patología del sistema nervioso central ha dado un giro completo, y en el campo de la urgencia neuroquirúrgica, como es el hematoma extradural, nos permite ver la localización y la extensión precisa del proceso expansivo, para decidir con seguridad el abordaje quirúrgico adecuado (2) (3) (6), tal como se demuestra en la presente publicación.

Si bien el caso no es una novedad neuroquirúrgica, esta es la primera publicación nacional al respecto. Aquí pretendemos también, ilustrar la dramática evolución del cuadro clínico en estos pacientes y las bondades de la Tomografía Axial Computarizada (T.A.C.) en el diagnóstico precoz y rápido, sin someter al niño a un stress y riesgo mayor, que significaría el realizar una angiografía carotídea para tomar la decisión quirúrgica de urgencia.

CASO CLÍNICO

Paciente M.J.G.L., 15 meses de edad, masculino, procedente del Barrio Flor del Campo de Comayagua, expediente clínico A82-640-064, que ingresó al I.H.S.S. el 20 de agosto de 1984 a las 18:15 horas, con historia de haberse caído de una altura aproximada de 1 metro, golpeándose la parte izquierda del cráneo con una superficie puntiaguda, con pérdida inmediata de la conciencia seguida de vómitos alimenticios. Se niega otro tipo de sintomatología y el resto de la historia no es contribuyente.

Se recibe en el Hospital Central del I.H.S.S. referido de Clínica Periférica en estado de sopor profundo, pues solo responde a estímulos do-

(*) Profesor de Semiología Neurológica U.N.A.H.-Neurocirujano del Hospital Escuela. (**) Residentes de Pediatría

lorosos con movimientos incoordinados; se detecta tendencia a la rigidez espática de hemicuerpo derecho; advirtiéndose ptosis parpebral y anisocoria a expensas de ojo izquierdo sin respuesta a la luz, no hay nistagmus. Hay hiperreflexia osteotendinosa y babinsky positivo a derecha, también contractura de decorticación. La respiración es estertorosa y hay palidez mucocutánea importante. Signos vitales: T.=36.5°C, F.C.=140x\ P.=140x\ F.R.=36x\ Peso= 9.6kgr, Talla=77 cm. y P.C.=46.5 cm. En la cabeza hay hematoma subgaleal parieto-temporal izquierdo de aproximadamente 10 cm de diámetro, no hay otorragia, no hay rigidez de nuca. En tórax hay abundantes secreciones bronquiales.

La radiografía del cráneo muestra trazo de fractura fronto-parietal izquierda diastasada de 10 cm de longitud (ver figura No. 1), sin evidencia de hundimiento. El Laboratorio nos informa: Hb.=8.6 go/o, Hto.=26 vol.o/o, Leucocitos=19.600, N.=70o/o, L.=26o/o, E.=4o/o, Glicemia 122mgo/o, Sodio=136meq/L, Potasio=6.4 meq/L. Se procede a transfundir glóbulos rojos empacados y simultáneamente se solicita Tomografía Axial Computarizada (T.A.C.) de urgencia, la cual revela: presencia de hematoma subgaleal, edema cerebral importante fronto-parietal izquierdo con colapso del ventrículo ipsilateral y desplazamiento de la línea media (Ver Figura No. 2). Se ve claramente un gran proceso expansivo parietal izquierdo, hiperdenso, de forma biconcava con áreas de hipodensidad periférica de 7x5 cm. de tamaño, que es responsable del severo efecto de masa a nivel intracerebral (Ver figura No. 3), se concluye hematoma extradural.

Se decide intervenir de urgencia drenándose la colección a través de una craniectomía parietal izquierda, comprobándose que la duramadre estaba desplazada 5cm hacia adentro de la cavidad craneana, y la arteria meníngea media rota justo bajo la fractura en dos de sus ramas, que se coagularon sin problemas.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria con recuperación progresiva de la conciencia en 24 horas, usando complementariamente dexametazona y manitol a dosis adecuadas, pero persistiendo el Síndrome de Weber (III par izquierdo y hemipare-

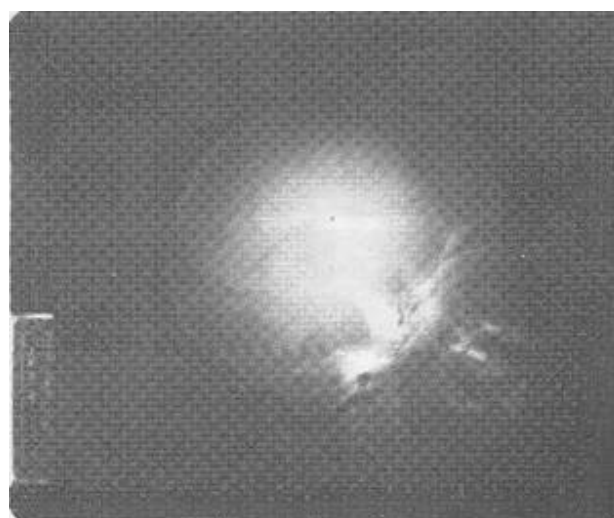
sia braquío crural derecha). El 30 de agosto de 1984 se drena colección subgaleal en el área operatoria de tipo serohemático, comprobándose la regresión total de la duramadre a su posición normal en contacto con la bóveda craneana.

Su alta se produce el 7 de septiembre de 1984 con regresión de un 60 - 70o/o de su paresia y ya habiendo iniciado tratamiento fisioterápico. El último control se realizó el 4 de octubre de 1984 con recuperación total de su función motora de miembros y del III par izquierdo.

RESUMEN

Se presenta un paciente de 15 meses, masculino, portador de un hematoma extradural parietal izquierdo y su evolución clínica, desde la pérdida súbita de conciencia con el traumatismo hasta manifestar signos de compresión de tronco cerebral. Se hace diagnóstico con T.A.C. y se comprueba en el acto quirúrgico la ruptura de dos ramas de la arteria meníngea media izquierda, como causantes del hematoma. Evolución postoperatoria satisfactoria con recuperación total de su función motora. Se hace una breve reseña de la fisiopatología de la lesión.

Figura No. 1



Rx de cráneo que muestra la fractura lineal fronto parietal izquierda.

Figura No. 2
Tomografía axial computarizada que muestra el edema cerebral, el colapso ventricular y parte de la elevación extradural izquierda.

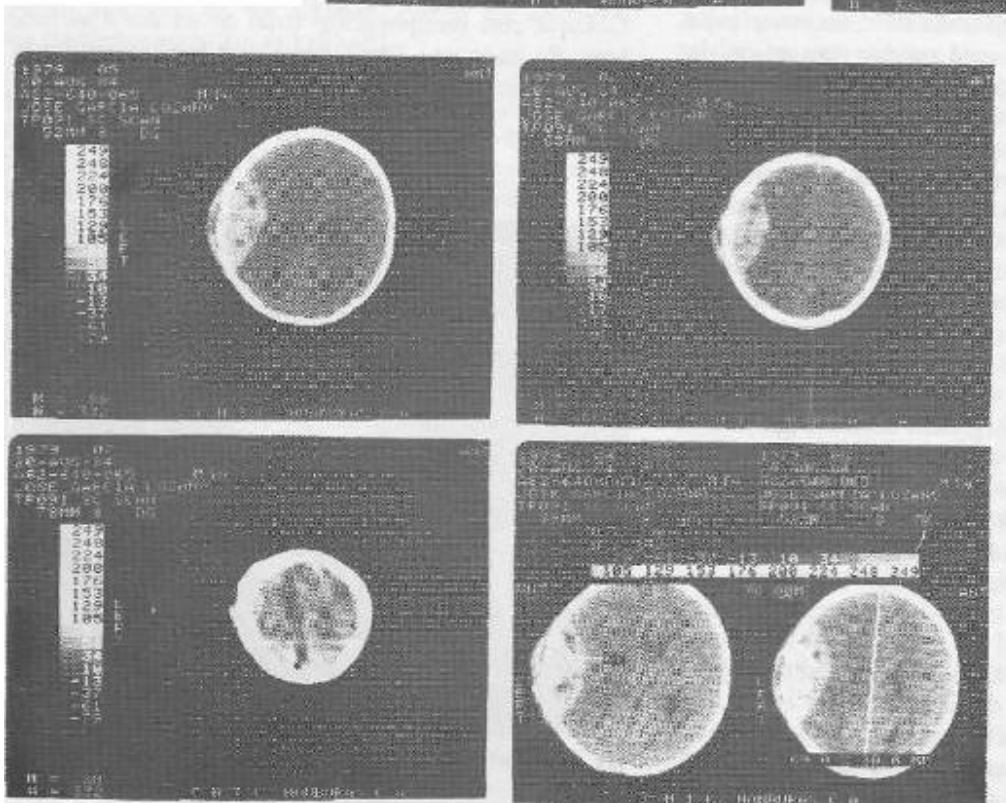
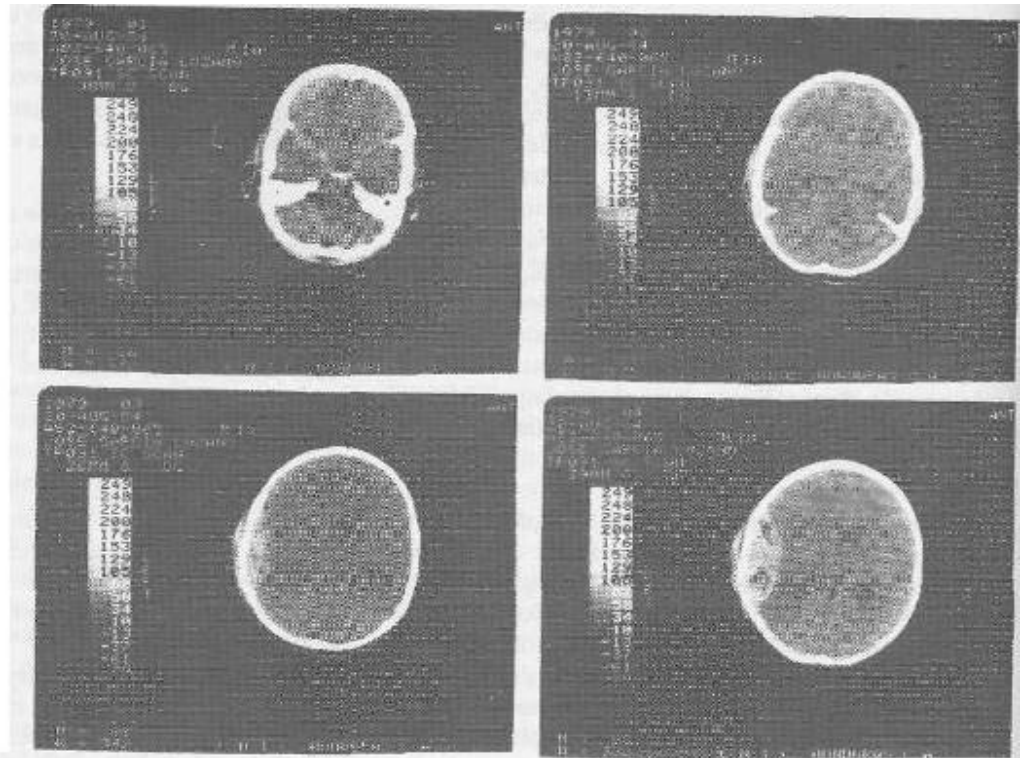


Figura No. 3
T.A.C. mostrando el hematoma extradural parietal izquierdo en toda su extensión, el gran edema periférico el desplazamiento de las estructuras de la línea media cerebral hacia la derecha.