

Hematoma epidural cervical tras latigazo cervical

Cervical epidural hematoma after soft-tissue cervical spine strain

M. J. SANGÜESA NEBOT*, F. CABANES SORIANO*, J.L. LLÁCER ORTEGA**, J. MOSCOSO DEL PRADO***, P. RIESGO**, J. PIQUER**.

*SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA. HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA DE VALENCIA. **SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA HOSPITAL DE LA RIBERA. ALZIRA. ***SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA DE VALENCIA.

Resumen. Se describe un hematoma epidural a nivel cervical en un varón de 43 años, tras un traumatismo menor tipo latigazo cervical. Su sintomatología inicial obligó a descartar patología cardíaca llegándose al diagnóstico tras estudio mediante resonancia nuclear magnética. El cuadro clínico parcial y no progresivo desaconsejó la cirugía, observándose su reabsorción con nuevo control de resonancia. Se realiza una revisión de la bibliografía, señalándose las principales características de esta entidad poco frecuente.

Summary. We report a case of cervical epidural hematoma in a 43 year-old man, after soft-tissue cervical spine strain (known as a "whiplast"). At the beginning, because previous presumptive cardiac pain in this patient, we need to discard cardiac cause. We made the diagnostic of cervical epidural hematoma with the use of magnetic resonance imaging. The incomplete, not severe and nonprogressing deficits led us to conservative treatment; and the hematoma resolved spontaneously, as documented with a new magnetic resonance imaging. The medical literature relating to this uncommon entity has been reviewed.

Introducción. El hematoma epidural cervical es una patología poco frecuente (1,2) pero no excepcional (3), recogién-dose en la literatura casos habitualmente únicos ó series con escaso número. De sus diferentes etiologías, los de origen traumático son aún menos frecuentes (2,3), suelen presentar déficits neurológicos progresivos y necesitar cirugía descompresiva (4), aunque también se han descrito casos de recuperación espontánea (2,5,6).

Se presenta el caso de un hematoma epidural cervical tras un traumatismo menor.

Caso Clínico. Varón de 43 años de edad, médico, que refería historia clínica de dolores centrotorácicos varios meses antes, de resolución espontánea, que no requirieron

tratamiento médico, y stress laboral. No refería patología de ningún otro tipo. Una mañana mientras iba en bicicleta, y tras un traumatismo indirecto menor en el cuello en forma de latigazo cervical cuando frenó de repente al salirse la cadena de la bicicleta, sintió un dolor interescapular alto y braquialgia izquierda con cortejo vegetativo. Con sospecha diagnóstica dados los antecedentes de posible infarto de miocardio fue trasladado a un Servicio de Urgencias hospitalario, en el traslado se le administró una cafinitrina sublingual y al llegar a Urgencias, habiendo mejorado clínicamente, el electrocardiograma y el estudio enzimático fueron normales. Estando en dicho centro reinició un cuadro de dolor torácico e interescapular con sudora-

Correspondencia:

María José Sangüesa Nebot
Servicio de Traumatología y Ortopedia
Hospital Arnau de Vilanova
C./ San Clemente nº 27
46015. Valencia
e-mail: mjosan@comv.es



Figura 1. R.M.N. inicial. Imagen de perfil.

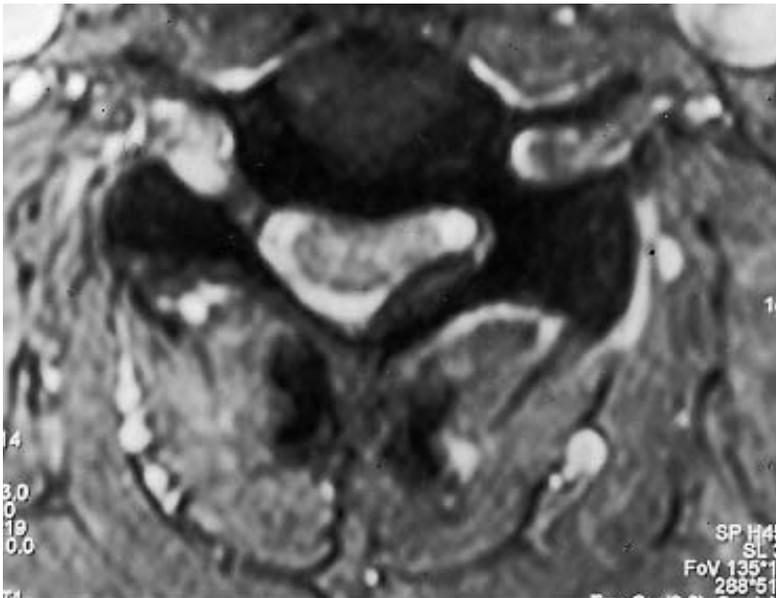


Figura 2. R.M.N. inicial. Imagen axial.

ción profusa, manteniéndose el ECG y los enzimas sin cambios. Solicitado TAC torácico la aorta era de calibre y morfología normal, sin evidencias de línea de disecación. Los estudios analíticos, incluyendo la coagulación, eran normales.

A las 48 horas persistía el dolor radicular a nivel miembro superior izquierdo y con la sospecha de hernia discal y estudio

de radiología simple normal, se realizó una resonancia nuclear magnética en la que se observaba en el espacio epidural posterolateral izquierdo a nivel de C5 una colección de aproximadamente 2.3 centímetros de diámetro craneo-caudal que se mostraba hipointensa en STIR y T2 y tenuamente hiperintensa en T1; todo ello compatible con hematoma epidural cervical subagudo.

Dado que el único síntoma neurológico era la radiculopatía y que su intensidad no había aumentado, se planteó el tratamiento conservador expectante. Se indicó collar cervical para inmovilización. A los 15 días se observó la desaparición de los síntomas, y del hematoma en una nueva resonancia nuclear magnética.

Discusión. El hematoma epidural vertebral es una patología poco frecuente. Se han descrito diversas etiología (1) aunque son muchos los que no tienen una causa clara y se etiquetan de espontáneos (1,7,8). Los hematomas epidurales vertebrales se clasifican pues en espontáneos ó secundarios (9).

Dentro de los hematomas epidurales vertebrales, los de causa traumática son poco frecuentes. Pueden incluirse: traumatismos importantes (fracturas vertebrales, traumatismo obstétrico neonatal, punciones lumbares, sangrado post-quirúrgico y lesiones por arma de fuego) y traumatismos menores, que algunos autores consideran no demostrables completamente e incluyen entre los hematomas epidurales vertebrales “espontáneos” (1,6)

En los niños es más frecuente el hematoma cervical epidural post-traumático sin lesión ósea cervical, dada la elasticidad de la columna que puede moverse sin romperse por fuerzas que sin embargo causan lesiones en las venas epidurales (4); en los adultos el hematoma epidural vertebral post-traumático, aunque más raramente, también puede ocurrir, sobre todo si hay lesiones predisponentes ó asociadas (malformación vascular epidural, alteraciones de la hemostasia ó enfermedades artríticas vertebrales) (4). Los hematomas epidurales de raquis post-traumático

cos suelen ocurrir con más frecuencia en la población masculina, a diferencia de los espontáneos con un ratio muy similar (4).

La localización habitual de los hematomas epidurales vertebrales post-traumáticos es a nivel posterior ó posterolateral en el canal vertebral del raquis cervical y cervico-dorsal; los espontáneos son más frecuentes a nivel dorsal. (1,4).

Se cree que los hematomas epidurales vertebrales se originan en el rico plexo venoso del espacio epidural formado por venas con finas paredes y sin válvulas que son vulnerables a rupturas (1). Aunque otros autores (8) sugieren que el sangrado proviene de las arterias epidurales siendo a raíz de un estiramiento en el brazo que aumenta la tracción en el sistema arterial epidural, si la tracción va más allá de los límites de estas arterias, lo que provoca el sangrado.

Los hematomas epidurales vertebrales a nivel cervical suelen mostrarse como lesiones agudas debido al gran porcentaje de canal vertebral ocupado por la médula a nivel cervical, a diferencia de los lumbares que suelen dar síntomas crónicos (1).

La clínica se describe como un dolor brusco local y severo con irradiación radicular (7), que puede progresar a una mielopatía aguda (3).

El diagnóstico diferencial del hematoma epidural cervical se plantea no sólo con lesiones neurológicas sino también con problemas de origen en otros aparatos. No hay síntomas clínicos patognomónicos de hematoma epidural vertebral (10).

La combinación de dolor interescapular y dolor radicular puede simular el dolor de una disección aórtica, y el dolor radicular puede ser difícil de diferenciar del debido a patología cardíaca ó pulmonar, sobre todo en pacientes con patología previa; e incluso síntomas precoces de mielopatía pueden ser mal atribuidos a problemas de isquemia cerebrovascular (3).

En el momento actual la resonancia nuclear magnética (RMN) es el método de elección para el estudio de las lesiones neurológicas agudas a nivel cervical (11). Antes de su introducción el diagnóstico



Figura 3. R.M.N. a los 15 días. No se observa colección.

era prácticamente imposible con otras técnicas, y en sospechas de lesiones ocupantes de espacio con indicación quirúrgica, se realizaban mielografías y tomografía axial computarizada con contraste con los inconvenientes derivados de las técnicas invasivas; la RMN significó un gran avance en su diagnóstico al tratarse de una técnica rápida, no invasiva y precisa no sólo para el diagnóstico sino para concretar localización y extensión y también estado de la médula y raíces (7), aportando así un valor pronóstico y orientando a un mejor tratamiento. Para el diagnóstico diferencial de los problemas a nivel cervical es pues de elección el uso de la RMN (2,3). Y el diagnóstico diferencial de las causas de problemas neurológicos incluyen hematoma epidural vertebral, hernia de disco, fracturas con compresión, edema medular, hemorragia medular, hemorragia subdural y subaracnoidea, neoplasias epidurales, mielitis transversa, abscesos epidurales y quistes congénitos (1,5,7).

En el hematoma epidural cervical post-traumático si hay un déficit neurológico progresivo se debe realizar una descompresión quirúrgica inmediata para

evitar déficits permanentes (3), pues una rápida evacuación suele llevar a una buena recuperación (4). Aunque etiquetada como rara, se han descrito casos de reabsorción espontánea (2,5-7), que cabría explicar porque el tejido areolar graso del espacio epidural tiene una amplia red de capilares que facilitan la absorción de sustancias extrañas y posibilitarían también la reabsorción del hematoma (1). Reabsorción que por otro lado se ha descrito en quince días, más rápida de lo que en un principio hubiésemos esperado (6). Cabe pues plantear la actitud expectante no quirúrgica si el déficit neurológico no

es muy severo (2) y no hay un daño neurológico progresivo (1,2).

El caso descrito se incluiría pues entre los hematomas epidurales cervicales post-traumáticos (latigazo cervical), en el que el cuadro clínico inicial considerando los antecedentes del enfermo obligó a descartar patología cardíaca (infarto agudo de miocardio y disección aórtica). Una vez orientado como problema a nivel cervical fue la RMN la que permitió su diagnóstico preciso. Al tratarse de un déficit neurológico no muy severo y no progresivo, se pudo plantear el tratamiento expectante, observándose el buen resultado del mismo. ■■■■■

Bibliografía

- Pan G, Kulkarni M, MacDougall DJ, Miner ME.** Traumatic epidural hematoma of the cervical spine: diagnosis with magnetic resonance imaging. Case report. *J Neurosurg* 1988; 68:798-801.
- Lefranc F, David P, Brotchi J, De Witte O.** Traumatic epidural hematoma of the cervical spine: magnetic resonance imaging diagnosis and spontaneous resolution: case report. *Neurosurgery* 1999; 44:408-11.
- Phookan G, Lehman RAW, Kuhlengel K R.** Cervical spinal epidural haematoma: the double jeopardy. *Ann Med* 1996; 28:407-11.
- Foo D, Rossier A B.** Post-traumatic spinal epidural hematoma. *Neurosurgery* 1982; 11:25-32.
- Dougall TW, Kay NRM, Turnbull LW.** Acute cervical epidural haematoma after soft-tissue cervical spine injury. *Injury* 1995; 26:345-6.
- Rechtine GR, Bolesta MJ, Chrin AM, Louis K.** Spontaneous resolution or symptomatic post-traumatic cervical epidural hematoma. *J Bone Joint Surg* 2001; 83B:255-8.
- Sei A, Nakamura T, Hashimoto N, Mizuta H, Sasaki A, Takagi K.** Cervical spinal epidural hematoma with spontaneous remission. *J Spinal Disord* 1991; 4:234-7.
- Betty R M, Winston KR.** Spontaneous cervical epidural hematoma. A consideration of etiology. *J Neurosurg* 1984; 61:143-7.
- Pear LB.** Spinal epidural hematoma. *Am J Roentgenol* 1972; 115:155-64.
- Wai HN, Tchoyoson CC, Puay YN, Kheng KT.** Spinal epidural haematoma: MRI-aided diagnosis. *Journal of Clinical Neuroscience* 2002; 9:92-4.
- Forster BB, Koopmans RA.** Magnetic resonance imaging of acute trauma of the cervical spine: spectrum of findings. *Can Assoc Radiol J* 1995; 46:168-73.