

## HEMATOMA EPIDURAL

## Epidural Hematoma

1 Mujica C. M. Á.  
 2 Villca Roso S.  
 3 Ayala P.

1 Neonatólogo-Pediatra  
 – Jefe de Unidad de  
 Terapia Intensiva  
 Pediatría HSB – Sucre  
 2 Pediatra HSB – Sucre  
 3 Residente de 3 año de  
 Pediatría HSB – Sucre

Recepción: 20 de febrero, 2015  
 Aceptación: 15 de marzo, 2015

**RESUMEN:**

Presentamos un caso clínico de un niño de 2 años 6 meses de edad que fue atendido en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Santa Bárbara con Hematoma epidural en la que se realiza una actuación rápida, multidisciplinaria, tratamiento agresivo: neuroquirúrgico con evolución favorable.

**PALABRAS CLAVE:**

Hematoma epidural, traumatismo encefalocraneano, empiema epidural.

**SUMMARY**

We report a case of a 2 years 6 months who was treated at the Intensive Care Unit of the Hospital Santa Bárbara with epidural hematoma in a quick, multidisciplinary action, aggressive treatment is performed: neurosurgical with favorable evolution.

**KEYWORDS:**

Epidural hematoma, encephalocranial trauma, epidural empyema.

**INTRODUCCIÓN**

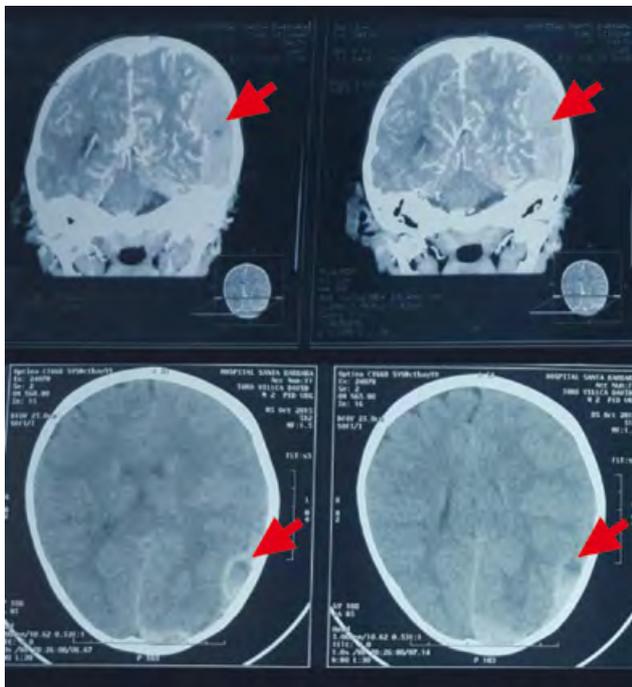
El hematoma epidural (HED) es la colección de sangre que ocurre entre la tabla interna del cráneo y la duramadre cerebral. Entre un 30 % a un 91 % está asociado a fractura de la bóveda craneana.<sup>1</sup> El origen de la hemorragia suele localizarse en la arteria meníngea media o alguna de sus ramas, en un seno de la duramadre o en un vaso diploico. El HED ocurre aproximadamente en el 31 % de los pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE).<sup>2</sup>

Clásicamente el HED ha sido considerado como una complicación infrecuente del TCE y siempre se ha conceptualizado como una de las urgencias neuroquirúrgicas más emblemáticas por su clásica semiología (depresión del sensorio en dos tiempos, intervalo

libre; desviación conjugada de la mirada y focalidad motora contralateral), por su gravedad y por su tratamiento quirúrgico resolutivo. Esta patología fue una de las más beneficiadas por la introducción de la TAC, al detectar la hemorragia sin tener que esperar a la clínica o la arteriografía, y por tanto ofreciendo un tratamiento precoz y un mejor pronóstico; actualmente la generalización de esta técnica ante gran parte de los pacientes con TCE, además de favorecer el tratamiento neuroquirúrgico<sup>3</sup> y ser secuencialmente un documento imprescindible, ha demostrado que la aparente infrecuencia del HED no era cierta, y que aislado o acompañando a otras lesiones endocraneales lo podemos ver en muchos de estos pacientes (0,2-6%).<sup>4,5</sup>

**CASO CLÍNICO**

Preescolar de sexo masculino, 2 años 6 meses de edad, peso 13,200 Kg, superficie corporal 0,57 m<sup>2</sup>, natural de Sucre. Cuadro clínico de 10 hrs de evolución caracterizado por caída de su propia altura (Resbala en piso mojado) impactando región fronto orbitaria derecha contra superficie dura (Piso de cemento), sin pérdida de conocimiento, llanto intenso, a las 3 hrs irritabilidad, vómitos explosivos, alimenticios (Aprox. 8 veces); ingresa en regular estado general, afebril, hemodinamia estable, FC 120 lpm, FR 30 rpm, PA 94/62 mmHg, PAM 73 mmHg, buena mecánica ventilatoria, neurológico Consciente, vigil, ubicado en las tres esferas, pupilas isocóricas fotoreactivas sin foco motor ni sensitivo, pares craneales conservados, reflejos abdominocutáneo y osteotendinosos conservados, Babinsky bilateral negativo, signos meníngeos ausentes, Glasgow 15/15. activo-reactivo, irritable a momentos, al examen físico equimosis y edema bipalpebral derecho y presencia de hematoma subgaleal 5x5 cm frontoparietal derecho.



**Fig. 1:** Hematoma epidural occipital izquierdo: arriba corte sagital; abajo corte axial.

Se completan estudios y se realiza tomografía simple de cráneo (Fig. 1) donde se evidencia: Hematoma epidural vs empiema subdural y malformación arteriovenosa occipital izquierda?, Marshal-III, valorado por neurólogo, cursa con mala evolución con signos de hipertensión intracraneal (prograsa cefalea, vómitos explosivos, sensorio alternante, descenso de Glasgow) a las 72 hrs, es intervenido quirúrgicamente rea-

lizando craneotomía occipital, se evidencia coagulo bien delimitado con presencia de membrana(Fig. 2), no se evidencia sangrado activo, se evacua hematoma subdural y se repone el hueso.



**Fig. 2:** Hematoma subdural

Entre los antecedentes patológicos internado en 07/2015 en el Hospital del Niño “Sor Teresa Huarte Tama”; durante 1 mes por presentar masa tumoral región malar derecha.

**ESTUDIOS REALIZADOS:**

HEMOGRAMA	06.10.15	08.10.15	12.10.15
GB	7000	15.500	12.100
Neutrofilos	79,6	84,7	67,8
Linfocitos	13,9	7,3	23,2
Eosinofilos	0	0	1
Monocitos	6,5	8	9
Hb	5,9	9,1	9,3
Hcto	19,7	28	29
MCV	59,6	71,2	73,3
MVH	17,8	23,2	25
Plaquetas	265000	234000	124000
VSG	57	40	28
PCR mg/dl	2,4	4,8	1,2

**Grupo y factor RH : “0” (+)**

Coagulograma	06.10.15	13.03.15	11.03.15
TC	6'	6'	5' 30"
TS	1' 30"	1' 30"	1' 30"
TP	14 seg	14 seg	14 seg

Ionograma dentro de parámetros normales.

Permanece internado por 17 días, recibe soluciones hipertónicas al 3% a 5 ml/kp. transfusión de paquete globular 10ml/kp. en 3 ocasiones por anemia grave y sangrado intraoperatorio, hidratación según requerimientos, evolución favorable con control postquirúrgico de TAC simple de cráneo evidenciándose hematoma en resolución (Fig. 3) es dado de alta con pautas de alarma.



Fig. 3: Control TAC simple de cráneo postquirúrgico

## COMENTARIOS

El hematoma epidural representa una urgencia neuroquirúrgica, continua siendo una de las primeras causas de internación en las Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, de etiología traumática, con evolución y pronóstico favorable si se resuelve de forma oportuna, adecuada y con manejo multidisciplinario desde su atención primaria. Cuando se habla de un hematoma subdural agudo (HSDA) la magnitud del daño por el impacto, es usualmente mayor que en los hematomas epidurales, lo que generalmente vuelve a esta lesión mucho más letal. Usualmente se asocia a una lesión del cerebro subyacente, lo cual es menos común en el HED. Los síntomas pueden ser ocasionados debido a la compresión del cerebro subyacente con desplazamiento de la línea media, además de una lesión del parénquima cerebral y posible edema cerebral.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baycaner K, Alp H, Ceviker N. Observation of 95 patients with extradural hematoma and review of literature. *Surg Neurol.* 1988;30:339.
2. Gallagher JP, Browder J. Extradural hematoma: Experience with 167 cases. *J. Neurosurg.* 1968;29:1.
3. Baykaner K, Alp H, Ceviker N, Keskil S, Seckin Z. Observation of 95 patients with extradural hematoma and review of the literature. *Surg Neurol* 1988; 30:339-341.
4. Jamjoom A, Cummins B, Jamjoom ZA. Clinical

characteristics of traumatic extradural hematoma: a comparison between children and adults. *Neurosurg Rev* 1994; 17:277-281.

5. Mohanty A, Sastry VR, Subbakrishna DK, Sathish S, Chandra Mouli BA, Das BS. Prognosis of extradural haematomas in children. *Pediatric Neurosurg* 1995; 23:57-63.