

Hematoma epidural espinal postquirúrgico

Postsurgical spinal epidural hematoma

J.A. VALVERDE GARCÍA

SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DEL RÍO HORTEGA" (VALLADOLID)

Resumen. El hematoma epidural es una complicación poco frecuente pero conocida de la cirugía espinal. Debe ser sospechado cuando el paciente presenta déficits neurológicos añadidos en el postoperatorio. Es importante su diagnóstico precoz para prevenir la morbilidad asociada a él. Los factores críticos para la recuperación tras un hematoma epidural espinal son el nivel de déficit neurológico preoperatorio y el intervalo operatorio.

Summary. Epidural hematoma is a rare but known complication of spinal surgery. It should be suspected in the patient who demonstrates a new postoperative neurologic deficits. It is important to diagnose an epidural hematoma as soon as possible to prevent the morbidity associated with it. The critical factors for recovery after spinal epidural hematoma are the level of preoperative neurological deficit and the operative interval.

Introducción. Los hematomas epidurales espinales son condiciones poco frecuentes, apareciendo como complicaciones de fracturas vertebrales o procedimientos invasivos espinales (mielografía, punción lumbar, anestesia epidural) (1).

El hematoma espontáneo, Lonjon (2) considera más apropiado el término hematoma epidural no traumático, es mucho más raro (menos del 1% de todas las lesiones epidurales espinales), siendo sus causas potenciales: coagulopatías, hipertensión arterial, aumentos de la presión venosa, tumores y malformaciones vasculares (1). También han sido publicados casos asociados a patología hepática (3), enfermedades autoinmunes (4) y tratamientos trombolíticos y anticoagulantes (3,4).

El hematoma epidural es una complicación conocida en la cirugía espinal,

siendo la incidencia de hematomas asociados a déficits neurológicos del 0,1% (5). Clínicamente suele debutar con dolor espinal e irradiación radicular, seguido de alteraciones neurológicas dependiendo del nivel de compresión (trastornos urinarios, déficits sensoriales y motores de la médula espinal o de la cauda equina) (3,4). El cuadro debe sospecharse ante la aparición de nuevas alteraciones neurológicas o el empeoramiento de las existentes, en el postoperatorio. El tratamiento mediante descompresión y evacuación del hematoma debe realizarse lo antes posible, ya que el tiempo hasta la cirugía junto con el estado clínico preoperatorio determinan el resultado final (2,6).

Presentamos un caso de hematoma epidural aparecido tras una liberación del canal lumbar por estenosis del mismo.

Correspondencia:

J.A. Valverde García
C/Hernando de Acuña nº 28
47014-Valladolid
E-mail: jvalv@telefonica.net

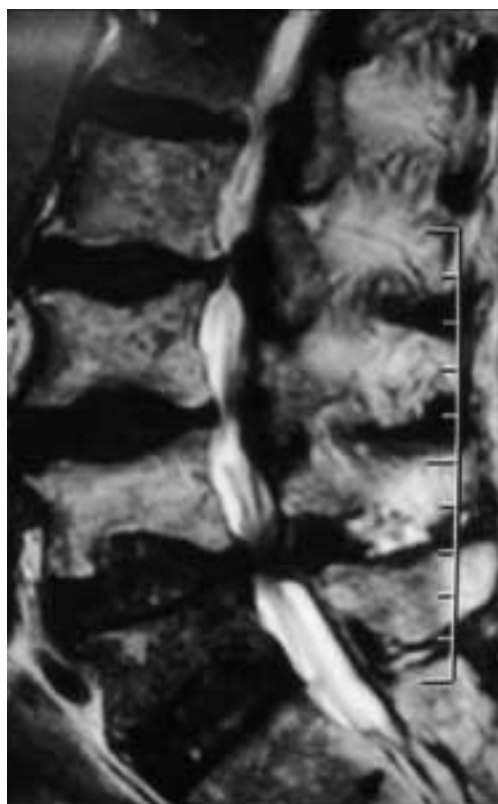


Figura 1. RNM preoperatorio sagital: estenosis L3-L4-L5.



Figura 2. RNM preoperatoria: imagen axial.

Caso clínico. Varón de 78 años de edad, con antecedentes de patología prostática y sin otras patologías reseñables. Clínicamente presentaba claudicación neurógena a 50-100 m. y parestesias en miembros inferiores. Diagnosticado de estenosis de canal L3-L4-L5 por radiología convencional y RNM (Figs. 1 y 2), fue intervenido realizándose una liberación de canal en los espacios afectados. Una vez dado de alta, reingresó a los 10 días de la intervención en el Servicio de Urología por presentar una retención urinaria de 12 horas de evolución, desarrollando con posterioridad incontinencia urinaria y fecal. Realizada RNM se constató la presencia de un hematoma subagudo L3-L4-L5 (Figs. 3 y 4). El paciente se intervino procediéndose a la descompresión y evacuación del hematoma, sin posterior mejoría.

Discusión. La mayoría de los procedimientos quirúrgicos realizados sobre la columna, desarrollan hematomas epidurales pequeños y sin relevancia clínica (4). Sin embargo, se dan, en raras ocasiones, hematomas lo suficientemente grandes como para causar compresión medular y dar lugar a sintomatología neurológica grave como en el caso presentado.

Kou y cols. (4) identifican como factores de riesgo para la aparición de esta complicación las laminectomías a varios niveles y/o la presencia de una coagulopatía preoperatoria. Las laminectomías a varios niveles requieren un gran área de exposición, incrementando el riesgo de sangrado desde la musculatura paravertebral (4). Estos autores no hallan relación estadísticamente significativa entre el riesgo de hematoma y la edad, el índice de masa corporal, aperturas durales en la intervención y la colocación de drenajes postoperatorios. Tampoco parece que la edad avanzada se relacione con más complicaciones postoperatorias, entre ellas el hematoma epidural, en las descompresiones lumbares (7). Groen y Ponsen (8) achacan la causa del hematoma a la rotura del plexo venoso vertebral interno, por lo que

las largas exposiciones del espacio epidural incrementan el riesgo de sangrado procedente del plexo venoso y, por consiguiente, de formación del hematoma (4).

Esta complicación necesita de un diagnóstico temprano, soliendo debutar con dolor espinal o radicular (3,4,9,10), sin embargo Senelick y cols. (10) publican un caso de hematoma epidural "sin dolor". En nuestro caso el dolor no apareció como primer síntoma.

El tratamiento quirúrgico precoz condiciona el resultado clínico final, demostrando, de forma experimental, Delamarter y cols. (11) que compresiones mayores de 6 horas implican la no recuperación neurológica. Por su parte Vandermeulen y cols. (12) refieren recuperaciones neurológicas completas o parciales si la descompresión se realiza dentro de las 8 horas. Groen y Van Alpen (6) encuentran mejores resultados con descompresiones llevadas a cabo entre 36-48 horas en hematomas espontáneos y Mc Quarrie (13) publica que cuando la descompresión se realiza más allá de las 36 horas, la posibilidad de recuperación, también en hematomas espontáneos, es del 50%. Por otra parte, está recogido en la literatura el tratamiento conservador de hematomas epidurales espontáneos cuando la recuperación neurológica es temprana y mantenida, y se confirma la resolución radiológica de la lesión (1,14).

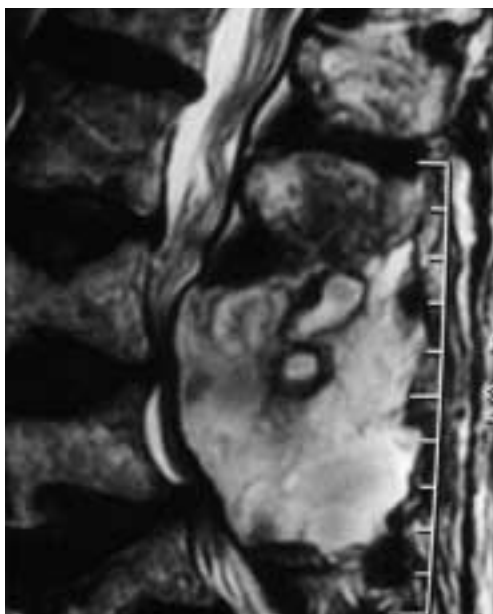


Figura 3. RNM postoperatoria sagital: hematoma epidural L3-L4-L5.



Figura 4. RMN postoperatoria axial: hematoma epidural.

Bibliografía

1. **Hentschel SJ, Woolfenden A, Fairholm D.** Resolution of spontaneous spinal epidural hematoma without surgery. *Spine* 2001; 26:525-7.
2. **Lonjon M, Paquis P, Chanalet S, Grelier P.** Nontraumatic spinal epidural hematoma : Report of four cases and review of the literature. *Neurosurgery* 1997; 41:483-7.
3. **Mattle H, Sieb JP, Rohner M, Mumenthaler M.** Nontraumatic spinal epidural and subdural hematomas. *Neurology* 1987; 37:1351-6.
4. **Kou J, Fischgrund J, Biddinger A, Herkowitz H.** Risk factors for spinal epidural hematoma after spinal surgery. *Spine* 2002; 27:1670-3.
5. **Lawton MT, Porter RW, Heiserman JE.** Surgical management of spinal epidural hematoma : relationship between surgical timing and neurological outcome. *J Neurosurg* 1995; 83:1-7.
6. **Groen RJ, Van Alpen HA.** Operative treatment of spontaneous spinal epidural hematomas: a study of the factors determining postoperative outcome. *Neurosurgery* 1996; 39:494-509.
7. **Benz RJ, Ibrahim ZG, Afshar P, Garfin SR.** Predicting complications in elderly patients undergoing lumbar decompression. *Clin Orthop* 2001; 384:116-21.
8. **Groen R, Ponsen H.** The spontaneous spinal epidural hematoma: a study of the etiology. *J Neurol Sci* 1990; 98:121-38.
9. **Robertson WC, Lee YC, Edmonson MB.** Spontaneous spinal epidural hematoma in the young. *Neurology* 1979; 29:120-2.
10. **Senelick RC, Norwood CW, Cohen GH.** "Painless" spinal epidural hematoma during anticoagulant therapy. *Neurology* 1976; 26:213-25.
11. **Delamarter RB, Sherman J, Carr JB.** Pathophysiology of spinal cord injury: recovery after immediate and delayed decompression. *J Bone Joint Surg* 1995; 77A:1042-9.
12. **Vandermeulen EP, Aken HV, Vermylen J.** Anticoagulants and spinal-epidural anesthesia. *Anesth Analg* 1994; 79:1165-77.
13. **Mc Quarrie IG.** Recovery from paraplegia caused by spontaneous spinal epidural hematoma. *Neurology* 1978; 28:224-8.
14. **Clarke DB, Bertrand G, Tampieri D.** Spontaneous epidural hematoma causing paraplegia: Resolution without surgical decompression. *Neurosurgery* 1992; 30:108-10.