

Hematoma epidural retroclival. Una entidad poco conocida

Hematoma epidural retroclivala. Gutxi ezagutzen den entitatea

M. Mendizabal Diez, L. Diaz Munilla,
L. Urriza Yeregui

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Navarra-Nafarroako Unibertsitate Ospitalea. Pamplona-Iruña

LABURPENA

Sarrera: Hematoma retroklibalak oso gutxitan gertatzen dira, eta sarriago gertatzen dira haurrengan helduengan baino; izan ere, umeez ezaugarri anatomikoak dituzte horretarako. Gehienak trafiko-istripuen ondoren gertatzen dira (azelerazio-desazelerazioa eta flexo-hedapen zerbikala). Kasu gutxi deskribatu dira literaturan. 2 kasu aurkezten ditugu.

Behaketa klinikoa: 1.kasua: 9 urteko pazientea, trafiko-istripuaren ondoren lepokoarekin ambulanzian eramana. Atzeko eserlekuan zihoan, segurtasun-uhala lotuta. Glasgow 13, hipertentsioa, eta eskuineiko seigarren nerbio kranialeko paresia. OT: C1-C2-ko subluxazio birakaria odontoiden hausturarik gabe. Klinika neurologikoa pixkanaka hobetzen da, seigarren nerbio kranialaren paresia izan ezik. RM egiten da eta clivus mailan hematoma ikusten da mintz tektorearen azpitik. Neurokirurgiaren arabera, lepoko bidezko tratamendu kontserbatzailea erabakitzen da. Handik 15 egunera, seigarren nerbio kranialaren paresiak irauten du, eta lepokoa beste hilabetez mantentzen da.

2. kasua: 5 urteko pazientea, trafiko-istripuaren ondoren lepokoarekin ambulanzian eramana. Atzeko eserlekuan zihoan, segurtasun-uhala lotuta. Larrialdietan, garezur barneko hipertentsioaren klinika eta Gasgow 8, beraz, intubatu egiten da eta garezurreko OT egiten da, hematoma epidural retroklivala hautemanez. Neurokirugiak immobilizazio zerbikala gomendatzen du lepokoarekin, eta pediatriako ZIU-n sartzen da. Hematoma retroklivala egiaztatzen da 48 ordutan egindako erresonantzian. Ospitaleko alta ematean, seigarrean nerbio kranialeko paresia izaten jarraitzen du, traumatismotik 17 egun igaro ondoren.

Eztabaida: Litekeena da hematoma-mota horiek infradiagnostikatuta egotea, ezin baitira beti ordenagailu bidezko tomografiarekin bistaratu. Horregatik, susmatuz gero, EMA egitea kontuan hartu behar da. Tratamendua kontserbadorea da, gehienak berez konpontzen baitira.

Hitz Gakoak: Hematoma retroklivala; Garezurreko traumatismoa; Neurokirurgia.

RESUMEN

Introducción: Los hematomas retroclivales son muy poco frecuentes, ocurriendo más frecuentemente en niños que en adultos, ya que estos presentan características anatómicas que predisponen a ello. La mayoría ocurren tras accidentes de tráfico (aceleración-desaceleración y flexo-extensión cervical). Pocos casos se han descrito en la literatura. Presentamos 2 casos.

Observación clínica: *Caso 1:* Paciente de 9 años trasladado en ambulancia con collarín tras accidente de tráfico. Viajaba en asiento trasero con cinturón de seguridad abrochado. Glasgow 13, hipertensión, y paresia de VI par craneal (PC) derecho. TC craneal: subluxación rotatoria C1-C2 sin fractura de odontoides. La clínica neurológica mejora progresivamente excepto paresia de VI PC. Se realiza RM y a nivel de clivus se objetiva hematoma por debajo de membrana tectoria. De acuerdo con Neurocirugía se decide tratamiento conservador con collarín. A los 15 días se da de alta persistiendo paresia VI PC y manteniendo collarín durante un mes más.

Caso 2: Paciente de 5 años trasladado en ambulancia con collarín tras accidente de tráfico. Viajaba en asiento trasero con cinturón de seguridad abrochado. En Urgencias clínica de hipertensión intracraneal y Glasgow 8 por lo que es intubado y se realiza TC craneal apreciando hematoma epidural retroclival. Neurocirugía recomienda inmovilización cervical con collarín e ingresa en UCI-P. RM 48 horas más tarde confirma hematoma entre clivus y membrana tectoria. Presenta paresia de VI PC derecho que persiste al alta, tras 17 días desde el traumatismo.

Discusión: Es posible que este tipo de hematomas estén infradiagnosticados ya que no siempre se pueden visualizar con la tomografía computarizada. Por eso, en caso de sospecharlo debe considerarse la realización de RM. El tratamiento es conservador ya que la mayoría se resuelven de forma espontánea.

Palabras Clave: Hematoma retroclival; Traumatismo craneal; Neurocirugía.

INTRODUCCIÓN

Los hematomas de fosa posterior como consecuencia de un traumatismo son poco frecuentes, siendo entre estos el hematoma epidural retroclival particularmente poco común. Se estima que solo el 1,2-12,9% de los hematomas epidurales son retroclivales⁽¹⁾. Estos son más frecuentes en la edad pediátrica que en adultos. Esto es debido a que la población pediátrica presenta características anatómicas que predisponen a este tipo de lesiones: articulaciones atlanto-occipitales más horizontalizadas aumentando el rango fisiológico de flexo-extensión de la columna cervical, musculatura cervical más débil, mayor laxitud ligamentosa, etc.

La mayoría de hematomas retroclivales ocurren en contexto de accidentes de tráfico o traumatismos craneales de gran impacto, por mecanismos de aceleración-desaceleración así como flexo-extensión cervical.

Las manifestaciones neurológicas que más frecuentemente encontramos en este tipo de hematomas se deben a afectación de los pares craneales, secundarios al traumatismo, ya sea por inflamación o compresión de los mismos. El nervio abducens (VI par craneal) es el que más frecuentemente se afecta, en probable relación a su largo recorrido intracraneal⁽²⁾.

Se han descrito muy pocos casos en la literatura hasta la actualidad, siendo las series publicadas de muy pocos casos⁽³⁾. Presentamos una serie de dos casos con hematoma epidural de retroclivus.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Caso 1: Paciente de 9 años trasladado a centro hospitalario tras sufrir accidente de tráfico de alta energía. El paciente viajaba en asiento trasero con cinturón de seguridad abrochado. Traslado en ambulancia con collarín rígido. A su llegada a Urgencias presenta Glasgow de 13, tendencia a hipertensión arterial, cefalea, náuseas y parálisis del VI par craneal (PC) derecho. Se realiza TC craneal, cervical y toráco-abdominal donde se objeti-

van pequeños puntos de sangrado extraaxial en cisternas de la base, subluxación rotatoria en C1-C2 sin fractura de odontoides, hematoma de pared abdominal sin signos de sangrado ni contusión en vísceras internas. Ante clínica de Glasgow oscilante 13-15, cefalea y vómitos ingresa en UCI pediátrica. La clínica neurológica mejora progresivamente excepto la diplopía secundaria a la parálisis del VI PC derecho y la paresia del izquierdo que desarrolla durante su ingreso. Como parte de estudio se realiza resonancia magnética donde a nivel de clivus se objetiva hematoma por debajo de membrana tectoria. De acuerdo con Neurocirugía se decide tratamiento conservador de hematoma mediante inmovilización cervical con ortesis rígida (Philadelphia). Fue dado de alta tras 15 días de ingreso. Se completó estudio con radiografía cervical en flexión y extensión que no mostró inestabilidad de la unión cráneo-cervical por lo que se retiró el collarín. En la resonancia de control realizada a los 6 meses del accidente se objetiva resolución completa del hematoma.

Caso 2: Paciente de 5 años que es trasladado al hospital en ambulancia medicalizada con collarín cervical tras sufrir accidente de tráfico de alta energía. El paciente viajaba en asiento trasero con cinturón de seguridad abrochado. En Urgencias presenta clínica de hipertensión intracraneal con Glasgow 8 por lo que es intubado. Se realiza TC craneal apreciando hematoma epidural retroclival sin alteraciones a nivel parenquimatoso ni estructuras óseas cráneo-cervicales. Es valorado por Neurocirugía que recomienda inmovilización cervical con ortesis rígida (Philadelphia) e ingresa en UCI Pediátrica. A las 48 horas del accidente se completa estudio de imagen con resonancia magnética craneal donde se objetivan áreas de microcontusión a nivel parenquimatoso y se confirma pequeña colección líquida entre clivus y membrana tectoria. Presenta mejoría neurológica progresiva siendo extubado a las 48 horas del accidente. Persiste paresia de VI PC derecho. Es dado de alta tras 17 días de ingreso. A los 6 meses la paresia del VI PC ya se ha resuelto y no presenta ninguna otra secuela.



Figura 1. RM sagital, ponderada en T2 que muestra lesión hipodensa en contacto con unión pontomedular compatible con hematoma retroclival.

DISCUSIÓN

El hematoma retroclival en pediatría es una entidad poco frecuente pero su identificación es de gran trascendencia ya que puede asociarse a consecuencias clínicas importantes como inestabilidad ligamentosa de la unión craneocervical o la presencia de lesiones a otros niveles del SNC.

Es posible que este tipo de hematomas estén infradiagnosticados ya que no siempre se pueden visualizar con la tomografía computarizada debido al artefacto causado por los huesos del cráneo. Por eso, en caso de sospecharlo debe considerarse la realización de resonancia magnética craneal⁽⁴⁾.

En general, el tratamiento del hematoma epidural retroclival es conservador mediante inmovilización con ortesis cervical. La mayoría se resuelven de forma espontánea, al igual que la paresia del VI PC que se asocia frecuentemente a esta entidad. La descompresión quirúrgica puede estar indicada en casos de compromiso importante del troncoencéfalo o deterioro neurológico progresivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agrawal D, Cochrane DD. Traumatic retroclival epidural hematoma—a pediatric entity? Childs Nerv Syst. 2006; 22(7): 670-3.

2. Nguyen HS, Shabani S, Lew S. Isolated traumatic retroclival hematoma: case report and review of literature. *Childs Nerv Syst.* 2016; 32(9): 1749-55.
3. Tubbs RS, Griessenauer CJ, Hankinson T, Rozzelle C, Wellons JC III, Blount JP. Retroclival epidural hematomas: a clinical series. *Neurosurgery.* 2010; 67(2): 404-6.
4. Guillaume D, Menezes AH. Retroclival hematoma in pediatric population. Report of two cases and review of the literature. *Neurosurg.* 2006; 105(4 suppl): 321-5.
5. Tahir MZ, Quadri SA, Hanif S, Javed G. Traumatic retroclival epidural hematoma in pediatric patient—case report and review of literature. *Surg Neurol Int.* 2011; 2: 78.