

Hematomas subdurales crónicos unilaterales

II. Presentación de 3 casos tratados médicamente.

Control de la postura durante el sueño.

Académico Dr. Eduardo Jaramillo Carling

Palabras Claves: Hematoma Subdural Crónico. Recidivas Hematoma Subdural Crónico. Tratamiento Médico del Hematoma Subdural Crónico. Tratamiento no quirúrgico del hematoma subdural crónico. Posición de la cabeza en los hematomas subdurales crónicos unilaterales.

Resumen: se presentan 3 paciente con hematoma subdural crónico que fueron tratados no quirúrgicamente por el autor, se controló la posición de la cabeza durante el sueño solicitándole a los pacientes: "dormir del lado del hematoma".

En una serie de 36 pacientes operados por el autor durante los últimos 20 años se observó que se presentaba una incidencia del hematoma subdural crónico unilateral preferencialmente del lado opuesto del lado del cual duermen los pacientes, por lo cual, parte del tratamiento fue controlar la postura durante el sueño en el postoperatorio, solicitándole a los pacientes, dormir del lado operado. Se observó, una ausencia de recidivas postoperatorias en los seguimientos de estos pacientes. A partir de estos datos, se seleccionaron y trataron médicamente los 3 pacientes con hematomas subdurales crónicos, cuyas historias clínicas e imágenes radiológicas iniciales y finales al tratamiento se muestran en este artículo, donde se resalta la absorción total de los hematomas.

Objetivos: presentar la historia clínica de 3 pacientes con hematomas subdurales crónicos unilaterales, tratados médicamente controlando la posición de la cabeza durante el sueño. Igualmente, buscamos

proponer un estudio randomizado, para obtener una información fiable de los resultados a partir de esta observación clínica.

Metodología: se describe la historia clínica de los 3 pacientes con hematomas subdurales crónicos unilaterales, se muestran las imágenes iniciales y las de seguimiento radiológico, donde se observa la absorción progresiva de los hematomas subdurales. Básicamente el tratamiento instaurado fue el control de la postura durante el sueño: "dormir del lado del hematoma".

I. INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Durante 20 años se realizó en el postoperatorio de 36 pacientes operados por hematomas subdurales crónicos unilaterales por el autor, control de la posición de la cabeza durante el sueño, pidiéndole a los pacientes dormir del lado donde presentaron el hematoma subdural crónico, lo que significaba del lado operado. En los datos obtenidos llamó la atención, que los pacientes dormían usualmente sobre el lado opuesto al cual presentaron el hematoma subdural crónico unilateral.

Al analizar los casos, se observó la ausencia de recidivas hemáticas subdurales postoperatorias, cuando en la literatura médica están descritas recolec-

ciones subdurales, con un promedio que varía entre un 3 a un 30%, en las diferentes series publicadas a partir de 1950^[1-6].

Si bien, el número de pacientes operados no es suficientemente numeroso para tener un valor estadístico, se describen como una "observación clínica". Observación, no publicada anteriormente en la literatura médica. Y, es a partir de esta observación clínica, hecha en los pacientes operados, que se trataron médicamente estos 3 pacientes con hematomas subdurales crónicos unilaterales controlando la posición de la cabeza durante el sueño.

II. RECUENTO HISTÓRICO

Los tratamientos médicos para los hematomas subdurales crónicos propuestos en la literatura médica han sido pocos. En la actualidad, son desconocidos por muchos neurocirujanos y proscritos por otros.

Los tratamientos descritos, básicamente se han basado en la teoría osmótica de la formación y crecimiento del hematoma subdural crónico, y han consistido en la administración parenteral de sustancias hiperosmolares, especialmente el manitol, que teóricamente, tienden a reducir por absorción el volumen del hematoma subdural crónico.

Susuki y Takau en 1970, informaron de la resolución de 21 de 22 hematomas subdurales crónicos usando una dosis promedio de 100 a 200 gr. / día endovenosa de manitol^[2]. Bender y Chrisstoffen 1974, recomendaron reposo, esteroides y aplicación de manitol endovenoso. Publicaron una serie de 97 casos tratados de esta forma, de los cuales 75 casos evolucionaron satisfactoriamente con la resolución del hematoma y 22 necesitaron cirugía. Ningún paciente en coma recibió tratamiento médico, todos fueron intervenidos quirúrgicamente^[2]. En ambas series se describieron hospitalizaciones prolongadas^[1,2,3,39].

Igualmente, encontramos en los diferentes artículos relacionados a tratamientos quirúrgicos de los hematomas subdurales crónicos, recomendaciones de manejo médico, cuando los pacientes con hematomas subdurales crónicos presentan pocos síntomas neurológicos, y recomiendan hacer a estos pacientes un seguimiento con tomografías computarizadas periódicas^[1,2,6,10-15].

III. PRESENTACIÓN DE CASOS

Se describe la historia clínica de los 3 pacientes, los cuales, presentaron hematomas subdurales crónicos unilaterales, y fueron tratados médicamente controlando la posición de la cabeza durante el sueño.

En 2 de ellos se aplicó betametasona IM., por los síntomas neurológicos transitorios por los cuales consultaron. La clínica que presentaban era similar a cuadros de insuficiencia vascular transitoria, y los cuales se interpretaron como causados por irritación cortical producida por los hematomas subdurales, irritación descrita en la literatura médica^[1-4,6]. Los pacientes sintieron alivio de los síntomas a las pocas horas de aplicada esa única dosis.

Se ilustra cada historia clínica con las imágenes de Tomografía computarizada o de Resonancia Magnética, tomadas respectivamente durante el proceso de seguimiento de los pacientes.

Los controles clínicos periódicos no mostraron en ningún momento deterioro neurológico, y por el contrario se observó una mejoría progresiva de los síntomas focales y generales.

Los pacientes y sus familiares, fueron informados en forma estricta de los riesgos de este tratamiento médico, pero controlados permanentemente en forma ambulatoria y con imágenes radiológicas.

Caso 1

Paciente masculino de 76 años de edad, hipertenso y anticoagulado con warfarina oral por historia de accidente cerebrovascular causado por embolias, originadas en una valvulopatía aórtica 3 años antes. Presenta un hematoma subdural agudo izquierdo espontáneo.

Ingresa al servicio de urgencias con un INR de 3.8 y un Glasgow de 5/15. Se toma un TAC de cráneo simple donde se observa un hematoma subdural agudo (imagen No. 1). Se practicó una craneotomía frontoparietal izquierda con la evacuación del hematoma subdural. El paciente es manejado inicialmente en la Unidad de Cuidados Intensivos y desde el postoperatorio inmediato se observan alteraciones cognitivas, consistentes en desorientación, cuadros apráxicos y alteraciones en la comprensión de la palabra hablada. Al tercer día del postoperatorio presenta cuadro neurológico

compatible con isquemia cerebral, consistente en hemiparesia derecha de predominio braquiofacial, hemiparesia que mejora lenta y progresivamente.

El paciente progresivamente manifiesta síntomas persistentes de cefalea holocraneana, se realiza un nuevo control radiológico al mes del cuadro agudo subdural, y se observa en las imágenes, la formación de un hematoma subdural crónico izquierdo (imagen No. 2). Los familiares refieren que el paciente duerme preferencialmente sobre el lado derecho.

Por las condiciones clínicas del paciente, es tratado solamente controlando la posición de la cabeza durante el sueño, solicitando que duerma del lado donde presenta el hematoma, del lado izquierdo.

Los controles radiológicos muestran la absorción progresiva del hematoma (imagen No. 3), hasta el último control 3 meses después con la absorción completa, se visualiza también en las imágenes la encefalomalacia producida por la lesión vascular en el territorio frontoparietal izquierdo (imagen No. 4).

Caso 2

Paciente femenina de 42 años de edad, quien consulta por cefalea permanente de 3 días de evolución y cuadros de afasias súbitas, transitorias, que duran más o menos 30 minutos, y se han repetido en varias oportunidades durante los 2 últimos días.

La paciente tiene historia de trauma craneano leve 10 días antes de la consulta, y no presenta otros antecedentes clínicos importantes. En el interrogatorio refiere dormir siempre sobre el lado derecho. El examen general y neurológico es totalmente normal, observando solamente en el Fondo del Ojo, ausencia del pulso venoso. Las imágenes de Resonancia magnética cerebral muestran un hematoma subdural crónico izquierdo (imagen No. 5).

Se aplica intramuscular una ampolla de Celestone Cronodose® (3 mgrs. de betametasona como fosfato disódico de betametasona y 3 mgrs. de acetato de betametasona para uso IM., medicamento esteroideo de acción lenta con un efecto sistémico máximo de 10 días postaplicación). Y se solicita a la paciente dormir del lado del hematoma, o sea del lado izquierdo.

A las 24 horas la paciente refiere mejoría de la cefalea y ausencia de las crisis de afasia. Los controles periódicos no mostraron signos clínicos de deterioro

neurológico, presentó mejoría rápida de la cefalea, por lo cual se mantuvo bajo observación médica y la solicitud de mantener la misma postura durante el sueño. Se realizó nueva Tomografía Computadorizada de cráneo simple a la 2 y a la 4 semanas de la inicial, en la primera se observó una resolución parcial del hematoma, y en la última una absorción completa del mismo (imagen No. 6).

Caso 3

Paciente masculino de 75 años de edad, quien consulta por presentar en varias oportunidades y durante los últimos 3 días cuadros súbitos de paresia en miembro superior derecho, transitorios, con una duración de más o menos 60 minutos, asociados a una alteración sensitiva difícil de describir por el paciente.

Tiene el antecedente de haber sido operado por un meningioma esfenoidal derecho 10 años atrás. No refiere traumas craneanos recientes o antiguos, pero relata haber presentado crisis severas de tos un mes antes de la consulta; éstas asociadas a proceso bronconeumónico viral.

Al examen físico se encuentra paresia leve proximal del miembro superior derecho con aumento de los reflejos bicipital, radial y tricipital derechos, sin alteraciones sensitivas. El examen neurológico es normal, se observa cicatriz quirúrgica frontotemporal derecha.

Las imágenes de resonancia magnética muestran un hematoma subdural crónico izquierdo (imagen No. 7). El paciente refiere dormir siempre sobre el lado derecho.

Se aplicó una ampolla intramuscular de Celestone Cronodose® (3 mgrs. de betametasona como fosfato disódico de betametasona y 3 mgrs. de acetato de betametasona para uso IM., medicamento esteroideo de acción lenta con efecto sistémico máximo de 10 días postaplicación). Y se solicita al paciente dormir del lado del hematoma, del lado izquierdo.

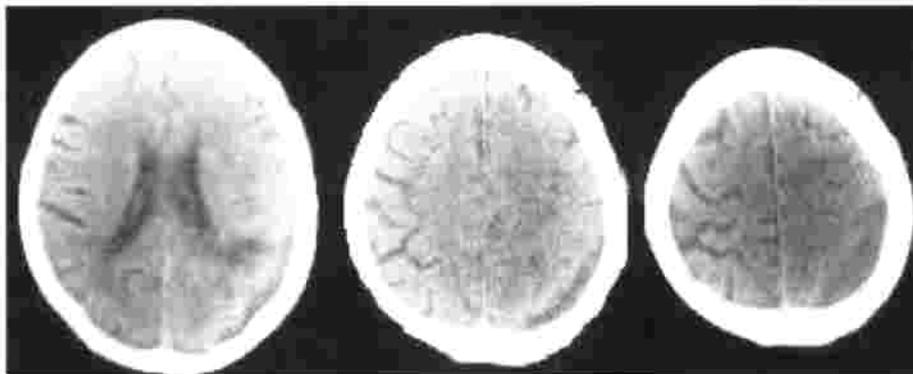
Los controles neurológicos periódicos no muestran signos clínicos de deterioro neurológico, desaparecen totalmente las crisis de paresias en el miembro superior derecho. Las imágenes de resonancia magnética realizada al mes, muestran absorción parcial del hematoma (imagen No. 8), y a los 3 meses la absorción total del hematoma (imagen No. 9).



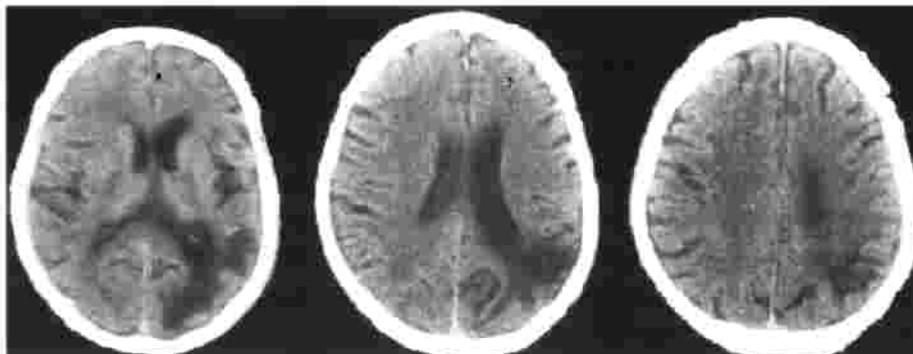
Imagen No. 1. TAC de cráneo simple con hematoma subdural agudo izquierdo.



*Imagen No. 2. Resonancia Magnética cerebral 4 semanas después.
Se observa un hematoma subdural crónico izquierdo.*



*Imagen No. 3. TAC de cráneo simple 2 meses después.
Se observa la absorción progresiva del hematoma subdural crónico izquierdo.*



*Imagen No. 4. TAC de cráneo simple sin hematoma subdural.
Se modificaron las imágenes para eliminar el nombre y los datos del paciente.*

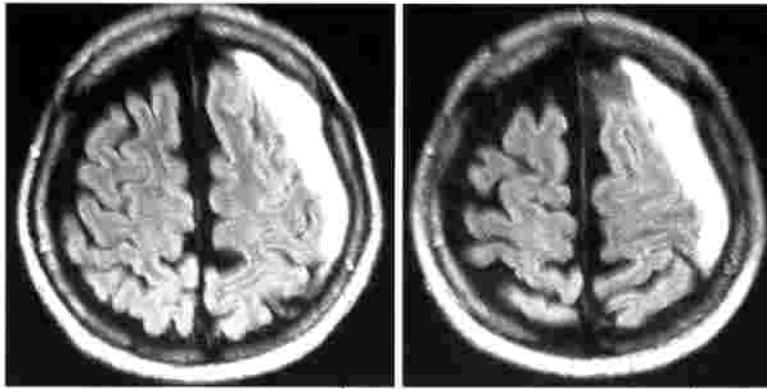


Imagen No. 5. Resonancia magnética cerebral inicial. Se observa el hematoma subdural crónico izquierdo.

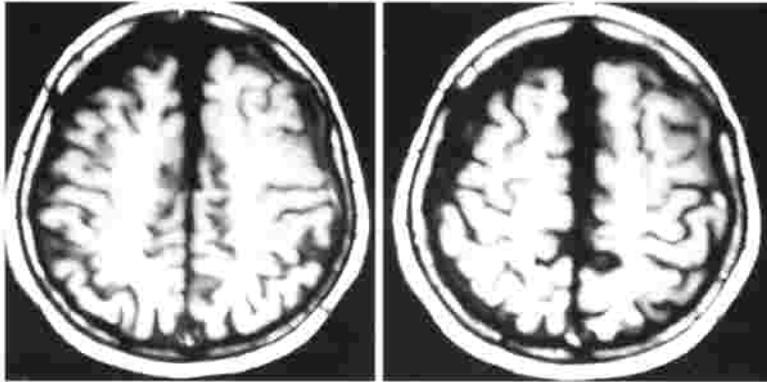


Imagen No. 6. Resonancia magnética cerebral a las 4 semanas. Se modificaron las imágenes para eliminar los nombres y los datos de la paciente.

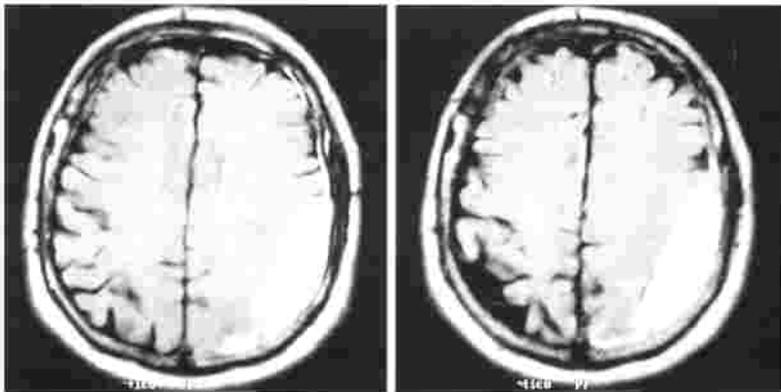


Imagen No. 7. Resonancia magnética cerebral inicial.



Imagen No. 8. Resonancia magnética cerebral a las 4 semanas.

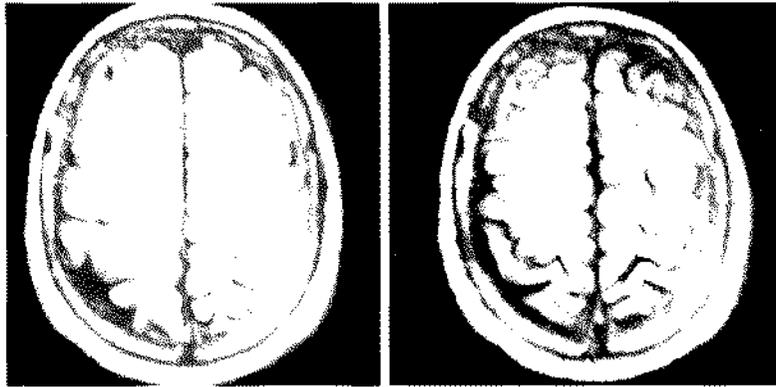


Imagen No. 9. Resonancia magnética cerebral a los 3 meses. Se modificaron las imágenes para eliminar los nombres y los datos del paciente.

IV. ANÁLISIS

Se presentan 3 pacientes con hematomas subdurales crónicos unilaterales, con poco efecto de masa sobre el cerebro, pues no se observan en las imágenes radiológicas desvíos de la línea media. Los 3 pacientes fueron principalmente tratados controlando la posición de la cabeza durante el sueño, y los 3 presentaron absorción de los hematomas, como se muestra en las imágenes radiológicas que ilustran los casos.

Este tratamiento, se propuso a partir de la observación de los pacientes operados por el autor, en los cuales se controló la posición de la cabeza durante el sueño en el postoperatorio de estos pacientes, sin que se presentaran recidivas de las colecciones subdurales.

La observación de la postura durante el sueño y la relación con la presencia o la absorción de hematomas subdurales crónicos unilaterales, no está descrita en la literatura médica. Si bien, están informados casos esporádicos de absorción espontánea o resolución de hematomas subdurales crónicos, no se han realizado estudios fisiopatológicos que los expliquen^[1-4,6].

Están descritos en la literatura, tratamientos médicos para los hematomas subdurales crónicos, hoy abolidos de la práctica neuroquirúrgica por la morbilidad y los riesgos que presentan^[1-4,6].

Un trabajo randomizado de Nakajima y colaboradores^[16], hace referencia a la posición de los paciente durante los 3 días posteriores al drenaje quirúrgico de hematomas, no observando ninguna influencia en la evolución a largo tiempo de ellos, ni en la recidiva de los mismos.

La aplicación del esteroide de depósito intramuscular, en mi concepto personal, solamente con-

tribuyó a tratar el edema o la irritación cortical local que produce el hematoma subdural sobre la corteza cerebral^[1-4,6].

Durante los últimos 40 años no hay estudios nuevos sobre la fisiopatología del hematoma subdural y reproducirlos en animales ha sido infructuoso, impidiendo una mayor comprensión de la fisiopatología de los mismos.

En el actual artículo se reseñan estos pocos pacientes, porque pienso que pueden ser relevantes y complementan la serie de los pacientes operados donde se controló la postura en el postoperatorio del drenaje de los hematomas.

Igualmente, al intentar explicar los efectos de la postura sobre los hematomas subdurales, me atrevo a pensar: "que probablemente durante el sueño, momento en el cual aumenta la presión intracraneana por la disminución de la frecuencia respiratoria y la retención del dióxido de carbono con vasodilatación cerebral, la posición de la cabeza debe afectar de alguna manera las consecuencias de la gravedad sobre el cerebro y sus pulsaciones; especialmente en los individuos que duermen frecuentemente sobre el mismo lado". Esto explicaría los resultados del tratamiento médico en los pacientes descritos, pues, el hábito de mantener una sola postura durante el sueño podría facilitar en las personas que sufren hemorragias subdurales la formación del hematoma subdural crónico.

VI. CONCLUSIÓN

Se presentan 3 pacientes a los cuales se les diagnosticó la presencia de un hematoma subdural

crónico unilateral, que fueron tratados médicamente controlando la postura durante el sueño.

Los 3 pacientes presentaron hematomas subdurales crónicos del lado opuesto al cual siempre dormían, a los 3 pacientes se les solicitó dormir del lado donde presentaron el hematoma. Los 3 pacientes reabsorbieron en su totalidad los hematomas subdurales crónicos unilaterales.

Se propone:

1. Hacer un estudio randomizado con un número mayor de pacientes.
2. Estudiar, cómo la postura de la cabeza durante el sueño puede influir en la formación o la absorción de los hematomas subdurales unilaterales, y si es posible un tratamiento médico en esta entidad clínica.
3. Seleccionar y dar un seguimiento estricto a los pacientes que deben ser sometidos a tratamiento médico controlando la posición de la cabeza durante el sueño. Para ello se propone, que, inicialmente, deben seleccionarse aquellos pacientes que no presenten alteraciones de la conciencia y aquellos donde no se observe en la imágenes de la tomografía o de la resonancia magnética alteraciones de la línea media que puedan presentar riesgos de lesiones vasculares isquémicas, por alteración en la anatomía vascular cerebral.
4. Continuar profundizando en la fisiopatología de los hematomas subdurales crónicos.

VI. BIBLIOGRAFÍA

1. Liao L.M. Bergneider M. Becker D.P. Pathology and Pathophysiology of Head Injury. Youmans Neurological Surgery. 4^a. Edition. Saunders. Vol. 3. Chapter 67.1997.
2. Becker D.P et al. Diagnosis and Treatment of Head Injury in adults. Youmans. Neurological Surgery. 2o.edition. Saunders. 1982. 2070-2073.
3. Díez J.C., Peña G. Hematomas Subdurales Crónicos Operados en la Fundación Santa fe de Bogotá. Neurociencias en Colombia. 2001; 9, 2:pag. 85-94.
4. Tagle P. Mery F. et al. Hematoma Subdural Crónico. Una enfermedad del adulto mayor. Rev Med Chile. 2003; 131: 177-182.
5. Erol FS. et al. Irrigation vs. closed drainage in the treatment of chronic subdural hematoma. J Clin Neurosc. 2005 Apr;12 (3):261-263.
6. Samudrala S. Cooper P- Traumatic Intracranial Hematomas. In Wilkins. Rengachary. Neurosurgery. Second Edition. Mc Graw Hill. 276: 2799-2801. 1996.
7. Naganuma H. Fukamachi A, Kawakami M, Misumi S, Nakajima A, Wakao T. Spontaneous Resolution of Chronic Subdural Hematoma. Neurosurg 1986; 19:794-8.
8. Resolución espontánea de un hematoma subdural crónico.
9. Parlato C, Guarracino A, Moraci A. Spontaneous resolution of chronic subdural hematoma. Surg Neurol 2000; 53: 312-5.
10. Gabarrós A. Aceves J. y col. Resultados del tratamiento quirúrgico del hematoma subdural crónico. Comparación de 2 técnicas: minitrépano y drenaje cerrado continuo versus dos trépanos y drenaje externo abierto. Revista Neurocirugía. Vol 11; 2000. 377-390.
11. Markwalder TM. Chronic Subdural Hematomas: a review. J. Neurosurg 1981; 54:637-45.
12. Markwalder TM, Seiler RW. Chronic Subdural Hematomas: To Drain or not to Drain? Neurosurg 1985; 16:185-8.
13. Kamath B Subdural hematoma. Presentation and management in older adults. Geriatrics. 2004 Jul;59(7):18-23.
14. Deepak Awasthi. Chronic Subdural Hematoma- To Drain or Not to Drain? Department of Neurosurgery. Louisiana State University Medical Center; New Orleans, Louisiana-Internet
15. Voelker JL: Non-operative treatment of chronic subdural hematoma. Neurosurg Clin N Am 11:507-513.
16. Nakajima et al. The Role of Postoperative Patient Posture in the Recurrence of Chronic Subdural hematoma. Aprospective Randomized Trial. Surg Neurol. 2002; 58: 385-7.