



Página principal

Presentación

Equipo directivo y comité científico

Información para los autores

INDICE

Revistas Anteriores

Envío de artículos

Enlaces a revistas médicas

Congreso virtual de neurología

Volumen 10, número 3, 2001

Hematomas Epidurales Temporobasales

Dr. Boris Zurita-Cueva

Hospital de la Policía Nacional, Guayaquil – Ecuador.

Correspondencia: Dr. Boris Zurita –Cueva.

P.O. Box : (09-01)16538, Guayaquil-Ecuador.

Los hematomas epidurales subtemporales o temporobasales son relativamente raros entre los demás hematomas extradurales. Existen pocas publicaciones sobre estos hematomas como una entidad aparte; algunos autores mencionan que su incidencia es de 5-10% de todos los hematomas epidurales [1]. Hemos observado que generalmente están asociados a fracturas faciales sobre todo orbitarias o del complejo órbito-cigomático.

El mecanismo propuesto para su formación es la ruptura de la rama anterior de la arteria meníngea media en su porción más basal, cerca o por debajo del ala menor del esfenoides, la cual es lacerada por esta última con ulterior despegamiento de la duramadre temporobasal y ruptura de venas puente y senos venosos basales entre la duramadre subtemporal y el piso de la fosa media. Estos hematomas suelen tener una evolución clínica muy rápida hasta la muerte, por enclavamiento secundario a hernia uncal. En el presente trabajo presentamos siete casos de hematomas temporobasales, describiéndolos como una entidad con características clínico-radiológicas propias.

PACIENTES Y METODOS

Revisamos siete pacientes con hematomas temporobasales que ingresaron al Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil, Ecuador, entre 1999 y 2000. Todos los pacientes fueron evaluados al ingreso mediante un examen neurológico básico y escala de Glasgow, y a los seis meses, mediante la escala de resultados de Glasgow. Además, todos fueron evaluados radiológicamente con TC y un paciente con IRM, para estudiar signos de daño axonal difuso.

Resultados

Los siete pacientes fueron hombres. La edad fluctuó desde uno a 35 años. Los motivos de ingreso fueron accidentes de tránsito, con mayor frecuencia en moto en los mayores y caídas casuales en los niños desde una altura considerable. En lo que respecta a los hallazgos neuroradiológicos, todos los pacientes presentaban una fractura del ala menor del esfenoides, con mayor frecuencia en su parte externa, al momento en que ingresa el seno esfenoparietal de Bresset, asociado a fractura de la escama del temporal en su porción más anterior y basal (Figura 1). En los adultos, ésta se asoció con fractura del complejo orbitocigomático y del macizo facial. En lo que respecta a la TC, se encontró en el primer corte basal, un hematoma que ocupaba la pared más anterior de la fosa media, con desplazamiento del lóbulo temporal hacia arriba y adentro (Figura 2). Este hematoma estaba asociado a contusión cerebral del mismo lóbulo en dos pacientes y a hemorragia subaracnoidea difusa en uno.

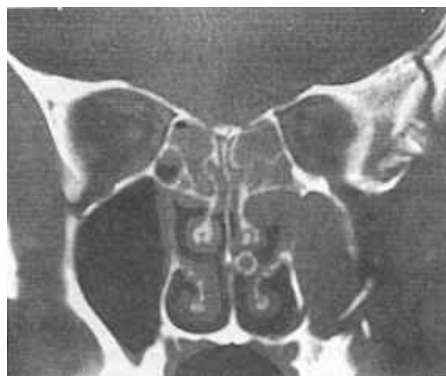


Figura 1.- TC coronal con ventana ósea que muestra una fractura del ala mayor del esfenoides, de la escama temporal y de las paredes del seno maxilar.



Figura 2.- TC simple de cerebro que muestra la imagen típica de un hematoma epidural subtemporal.

Las causas más frecuentes de los hematomas fueron los accidentes de tránsito en todos los adultos, sobre todo en motocicleta, en donde el paciente cae a una gran velocidad sobre el asfalto, golpeándose directamente sobre su macizo facial, complejo orbitocigomático y región temporal. En cambio, en los niños se produjo por caídas de una altura promedio de tres metros, sobre todo desde su litera. Creemos que estas lesiones se producen en estos pacientes por la falta del reflejo de defensa, que se manifiesta con la colocación de las manos, evitando o amortiguando el golpe sobre las estructuras craneofaciales.

Todos los hematomas fueron evacuados quirúrgicamente mediante técnicas convencionales. En lo que respecta a su pronóstico, todos los pacientes de esta serie tuvieron una buena recuperación y en la actualidad son totalmente independientes en sus labores diarias. Un paciente presentó incapacidad moderada que le permitió volver a su trabajo y ser independiente en sus labores, pero permaneció con hemiparesia debido a un infarto mesencefálico (lesión axonal). Otro enfermo presentó amaurosis izquierda por daño primario del nervio óptico en el momento del trauma, lo que se calificó como una incapacidad moderada.

COMENTARIO

A pesar que esta serie es pequeña, se pueden obtener diversas conclusiones acerca de los hematomas temporobasales. Confirmamos que se trata de una entidad relativamente rara. En nuestro Hospital corresponden al 3% de los hematomas epidurales supratentoriales. Existen pocos artículos acerca de esta patología; creemos que esto se debe a que otros autores han minimizado o pasado por alto esta entidad clínica porque han seguido la clasificación clásica de Jamicsson, quien los engloba dentro de los hematomas temporoparietales, los cuales son los más frecuentes en su serie, llegando a ser el 73% de todos los hematomas extradurales intracraneales [1-3]. Solamente Gade y col [4] mencionan que su incidencia es del 5 al 10 %, similar a lo observado en los hematomas epidurales de fosa posterior.

En cuanto al mecanismo de producción del hematoma, creemos que se debe a la ruptura de la rama anterior de la menínea media producida por la fractura del ala menor del esfenoides, con despegamiento y ruptura posterior de los senos basales de la fosa media, como lo son los senos esfenopetroso, esfenoparietal y venas que unen los senos de la base craneal y la duramadre basal. El anclaje del ala menor del esfenoides a la duramadre temporal hace que la colección de sangre se produzca hacia la base y no hacia la convexidad hemisférica [5-7]. La mayoría de estos hematomas están asociados a fracturas orbitarias debidas a traumatismos directos de la región orbitocraneal sobre una superficie dura; estos se observan frecuentemente en accidentes de tránsito.

La presentación clínica de estos hematomas no se diferencia de la de otros hematomas de la región temporoparietal, pero parece que su localización en la región subtemporal (muy cerca del tallo cerebral), hace que su evolución sea rápida hacia el enclavamiento uncal cefalo-caudal, comenzando con irritabilidad, disminución del nivel de conciencia, hemiparesia contralateral y dilatación pupilar ipsilateral [8-10].

La TC es el método diagnóstico de elección de estos hematomas, observándose poca cantidad de sangre en el corte axial más basal, con desviación de la línea media en los cortes superiores. Esto se debe a que generalmente no se utilizan cortes coronales y el primer corte axial corta al hematoma en forma oblicua dejando ver solamente la cúpula del hematoma (Figura 2), dando la impresión de que se trata de un hematoma pequeño en la punta del lóbulo temporal.

La mayoría de los hematomas temporobasales pueden ser evacuados mediante una craniotomía pterional clásica, pero a veces es necesario seccionar el zigoma y bajar el músculo temporal para tener mayor campo de exposición alrededor de los senos esfenopetrosos y complejos venosos de los agujeros oval y redondo mayor. La hemostasia alrededor de estos sitios es difícil de controlar, por lo que estos hematomas tienen alta incidencia de reaccumulación en el posoperatorio inmediato. El pronóstico es excelente, dependiendo directamente de la pronta evacuación quirúrgica y de la presencia o no de las lesiones secundarias asociadas a nivel de parénquima cerebral (lesión axonal difusa).

REFERENCIAS

1. Jamiecson KG, Yelland JDN: Extradural hematoma. Report of 167 patients. *J Neurosurg* 1968;29:13-23.
2. Cooper PR: Traumatic intracranial hematomas. In: Wilkins RH., Rengachary S.: *Neurosurgery Vol.II*. McGraw-Hill Book Company, New York, 1985, pp. 1661-1663.
3. Jennet B, Teasdale G: Hematoma Intracraneal. En: *Diagnóstico y Tratamiento de los Traumatismos Craneoencefálicos. Versión Española* 1986 de Jennett y Teasdale. Salvat eds. Pp.167-208.
4. Gade GF, Becker DP, Miller JD, Dwan PS: Pathology and pathophysiology of head injury. In: Youmans JR.: *Neurological Surgery. Third Edition*. WB Saunders Company, Philadelphia, 1990. pp.1976-1979.
5. Jonker C, Oosterhuis HJ: Epidural hematomas. A Retrospective Study of 100 patients. *Clin Neurol Neurosurg* 1975;78:233-245.
6. Mc Laurin RL, Ford LE: Extradural hematoma. Statistical Survey of 47 Patients. *J Neurosurg* 1964;21:364-371.
7. Paul M: Hemorrhages from head injuries. *Ann R Coll Surg Engl* 1955;17:69-101.
8. Galbraith S: Age distribution of extradural hemorrhage without skull fracture. *Lancet* 1973; 1:1217-1218.
9. Gallagher JP, and Browder J : Extradural hematoma . Experience with 167 patients. *J Neurosurg* 1968;29:1-12 .
10. Hooper RS: Observations on extradural hemorrhage. *Br J Surg* 1959;47:71-87.

Esta página está hospedada en www.medicosecuador.com



www.medicosecuador.com
 • Directorio de Médicos • Artículos para Pacientes
 • Directorio de Empresas • Artículos para Médicos
 • Consulta en Línea a Médicos • Congresos Médicos

Desea más información? [Búsquela en medicosecuador.com](http://www.medicosecuador.com)