

Dr. Pedro Benedek  
Dr. Bartolomé Grillo  
Dr. Miguel Angel Estable  
Dr. Juan Purriel  
Dr. Jorge Pol

## «hematomas subdural agudo de fosa posterior»

Trabajo del Inst. de Neurología  
Fac. de Medicina - Montevideo

### INTRODUCCION.

El hematoma subdural agudo de fosa posterior es una entidad nosológica que plantea dificultades diagnósticas y terapéuticas. Diagnósticas, porque tratándose en general de traumatismos encéfalocraneanos con desaceleración brusca y cabeza móvil, presenta concomitantemente lesiones supratentoriales que —por ser más ruidosas en su expresión clínica— ocultan los signos de fosa posterior; en segundo término, porque precisamente por su escasa incidencia, no se piensa en él. Las dificultades terapéuticas residen en la coexistencia de lesiones expansivas supra e infratentoriales, que deben ser tratadas sucesivamente en el mismo acto quirúrgico, lo que implica operar con el paciente en decúbito ventral, con las consiguientes dificultades del punto de vista del abordaje supratentorial y de la hemostasis.

La entidad que nos ocupa es excepcional en la práctica y es la primera registrada en el Instituto de Neurología de Montevideo.

Es esencial diagnosticar precozmente estas hemorragias agudas traumáticas en el pequeño recinto que es la fosa posterior, puesto que —muchas veces— el drenaje quirúrgico puede salvar la vida.

### INCIDENCIA.

Según Hoessly (8), el primer hematoma subdural agudo fue descrito por Wepfer (16) en 1675. Desde esa primera observación, la mayor parte de la literatura se refiere a hematomas subdurales agudos localizados por encima de la tienda del cerebelo, especialmente en las regiones frontales y parietales y —en algunas ocasiones— bilaterales.

Dejamos de lado los hematomas subdurales agudos de fosa posterior del recién nacido —entidad también extremadamente rara— porque plantean problemas de diagnóstico y tratamiento completamente diferentes a los del joven y del adulto, y también los hematomas subdurales de fosa posterior debidos a la terapéutica anticoagulante.

Ciarla (1), en 1913, encontró en 215 autopsias 165 hematomas subdurales, de los cuales 2 eran de la fosa posterior.

Munro (13), en 1934, encontró un hematoma subdural de fosa posterior en 62 pacientes con hematoma subdural. Ciembrowniewicz (2), en 1956, encuentra 3 casos en una serie de 535 hematomas subdurales. Fischer y colaboradores (5), en 1958, encontraron 4 casos en su revisión de 296 traumatismos de la región occipital.

El primer caso personal de hematoma subdural de fosa posterior fue descrito por Picken (14) en 1928 y el primer caso de hematoma subdural de fosa posterior operado pertenece a Coblenz (3); data de 1940 pero es del tipo perinatal.

McKissock (12), en 1960, encontró sólo 2 observaciones en 389 casos de hematoma subdural.

Freed y Boyd (6) —también en 1960— no encuentran un solo caso en la fosa posterior en 106 hematomas subdurales y Estridge (4) —en una revisión de la literatura en 1961— encontró 15 observaciones de hematoma subdural de fosa posterior.

La más reciente estadística personal pertenece a Jamieson (9), quien en 1972 publica una incidencia del 2,5 % de lesiones de la fosa posterior (14 casos en 553).

### HISTORIA CLINICA.

Se trata de un paciente de 26 años que 7 días antes del ingreso al Instituto de Neurología —en estado de ebriedad— es agredido por varias personas recibiendo varios golpes, algunos con un objeto contundente al parecer. Ingresó al Hospital de Canelones de donde es dado de alta a las 48 horas. Se ignora si existió una pérdida de conocimiento inicial. En el domicilio no recupera totalmente la lucidez, aumentando en los días sucesivos el estado confusional con el que ya fue dado de alta. Al 7º día de evolución se queja de cefaleas sin vómitos y se deprime la conciencia, por lo que ingresa al Hospital de Clínicas (H.C. 340887. J.P.G.).

Al examen se comprueba un paciente obnubilado, confuso, que no contesta a preguntas ni obedece órdenes. Pupilas de tamaño mediano, con reflejo fotomotor presente. Fondo de ojo: edema de papila bilateral, mayor a derecha. Paresia facial central. Resto de los pares craneanos normales. Rigidez de nuca en tabla. En el sector espinal, hemiparesia derecha marcada, total, proporcionada, con hiperpasividad e hiperex-

tensibilidad. Reflejos profundos presentes y simétricos. Hemihipoestesia al dolor a derecha. Del punto de vista cardiovascular, llama la atención una bradicardia de 52 p.m.

La radiografía de cráneo muestra un trazo de fractura vertical en la región occipital derecha.

Por el antecedente traumático, el deterioro progresivo de la conciencia y la instalación de un síndrome focal evidente, se plantea clínicamente un hematoma subdural subagudo supratentorial izquierdo y se realiza un estudio angiográfico carotídeo bilateral. Se comienza del lado izquierdo, comprobándose un espasmo del sífon carotídeo y un gran proceso expansivo parietooccipital. Como no existe desplazamiento de la línea media se estudia el lado derecho, que muestra también un espasmo del sífon carotídeo y un gran proceso expansivo parietooccipital similar en su topografía y dimensiones al del lado izquierdo.

#### DESCRIPCION OPERATORIA.

Se decide operar en decúbito ventral para poder abordar ambas regiones parietooccipitales y eventualmente explorar la fosa posterior, dado que por la fractura occipital derecha no se puede descartar un hematoma extradural de la fosa posterior.

Incisión en herradura de piel que permite abordar ambas regiones parietooccipitales. Se labra un colgajo osteoplástico parietooccipital derecho. La duramadre está a gran tensión. Al incidirla, el cerebro —a gran tensión— protruye rápidamente varios cm. por la craneotomía. El aspecto de cerebro es, sin embargo, normal. Se explora con dificultad —por la tumefacción cerebral— la convexidad del hemisferio en todas las direcciones sin encontrar hematoma subdural. Se punciona con facilidad el cuerpo occipital del ventrículo lateral derecho, extrayendo líquido cefalorraquídeo cristal de roca.

Se labra ahora un colgajo osteoplástico parietooccipital izquierdo, encontrando una duramadre sin tensión, con el cerebro de aspecto normal. Se explora la convexidad en todos los radios, no encontrando he-

matoma. Se intenta puncionar el ventrículo lateral izquierdo, sin éxito.

Por la hipertensión comprobada en el hemisferio derecho, se explora éste en profundidad para descartar un hematoma intracerebral, por medio de una diéresis cerebral en la región occipital, encontrando parénquima sano.

Se sigue ahora con gubia el trayecto de la fractura occipital en dirección a la fosa posterior, sin encontrar un hematoma extradural. Se continúa el decolamiento de piel y de los músculos de la nuca y se realizan dos orificios de trépano en ambas hemifosas posteriores, encontrando del lado izquierdo un hematoma subdural. Se amplía el orificio de trépano hasta tener una pequeña craneectomía por la que se logra evacuar coágulos negros subdurales. El hemisferio cerebral derecho queda tenso a pesar de evacuar el hematoma subdural de la fosa posterior, por lo que se deja abierta la duramadre tanto supra como infratentorial, se extipan ambos colgajos osteoplásticos supratentoriales y se sutura la piel en dos planos sin dejar drenaje de fosa posterior.

El paciente fallece 48 horas después sin salir del coma, luego de pasar varias horas en el Respirador de Engström por fallo ventilatorio.

La autopsia médicolegal fue realizada en la ciudad de Canelones; el informe reza: a) delgada lámina de sangre subdural en la base de ambas fosas temporales; b) hematoma subdural reciente de fosa posterior del lado izquierdo; c) focos de hemorragia subaracnoidea reciente en el polo occipital izquierdo y en la cara inferior del hemisferio cerebeloso izquierdo; d) Cerebro grande, 1370 gm. de peso, simétrico, con grandes hernias temporales posteriores bilaterales y simétricas. Los cortes vérticofrontales muestran un cerebro uniformemente edematoso, que presenta sólo una zona de puntillado hemorrágico en el polo temporal izquierdo por debajo de la hemorragia subaracnoidea correspondiente; e) grandes hernias amigdalinas bilaterales y simétricas; f) congestión de los vasos del tronco encefálico hasta el tercio superior de la protuberancia y g)

atricción de las laminillas cerebelosas en la zona de hemorragia subaracnoidea del hemisferio cerebeloso izquierdo. En suma: 1) hematoma subdural reciente de fosa posterior izquierda; 2) delgada lámina de sangre subdural de piso de ambas fosas medias y 3) atricción traumática de polo temporal izquierdo y de hemisferio cerebeloso izquierdo.

#### DISCUSION.

Leary (10) describió en 1939, del punto de vista anatómico, las venas de la fosa posterior que pueden sufrir rotura traumática: a) una red de malla fina de vénulas formando un mesenterio en el borde superior de cada hemisferio cerebeloso y que drenan hacia el seno lateral inmediatamente debajo del tentorio y b) venas solitarias en puente sobre la cara externa de los hemisferios cerebelosos.

Otras fuentes de origen de los hematomas subdurales de fosa posterior son: 1) las contusiones corticales con atricción de laminillas y sangrado hacia el espacio subdural; 2) los hematomas traumáticos intracerebelosos que se labran camino hacia la superficie de los hemisferios y 3) los desgarros tentoriales con prolongación hacia uno de los senos que transcurren en la duramadre de la fosa posterior.

Una probable causa que incide en la escasa frecuencia con que el forense encuentra estos hematomas de fosa posterior reside —según Schneider (15) y colaboradores— en que durante la autopsia se seccionan los senos duros al extraer el encéfalo, determinando en el autopsista la convicción de que el hematoma subdural de fosa posterior encontrado es un artefacto, cuando en realidad se trata de una auténtica lesión intravital.

Haciendo hincapié en la gravedad de los impactos occipitales, Fischer (5) estudió 135.000 historias de traumatismos encefalocraneanos ingresados en un hospital en el curso de muchos años. De esos 135.000, 296 sufrieron un impacto occipital. En 98 de esos 296 la radiografía de cráneo mostró una fractura occipital. De esos 98, treinta y dos presentaron complicaciones severas.

A su vez, 21 de esos 32 pacientes presentaron lesiones hemorrágicas en la fosa posterior: 1) dos casos —mortales— de hematoma intracerebeloso; 2) 8 casos de hematoma extradural de fosa posterior. Siete tuvieron excelente evolución postoperatoria luego de decomprimir y evacuar los coágulos. El 8º no se operó y falleció en el momento de hacerle una punción lumbar. 3) Cuatro casos de hematoma subdural de fosa posterior, 3 de los cuales fallecieron. Consideran los autores que los 4 se hubieran salvado de haber explorado la fosa posterior. Estos 4 pacientes sufrieron caídas desde diversas alturas.

Nuestra observación es —por lo tanto— también excepcional en cuanto al mecanismo traumático, que fue por agresión, vale decir, probablemente con cabeza fija para la mayoría de los impactos.

Los 4 pacientes de Fischer (5) tenían todos —además del hematoma subdural de fosa posterior— hematomas subdurales de las fosas anterior y media. Dos de ellos presentaron una fractura occipital. Todos fueron operados en coma y dos presentaron intervalo lúcido.

Estridge (4) presenta una observación de una niña de 3 años con un breve intervalo lúcido y luego, coma con hipotonía de los 4 miembros. Esta secuencia clínica es —según McKenzie (11)— sugestiva de una hemorragia dentro de la fosa posterior. Los 15 casos de la serie de Estridge (4) presentaron trastornos de la conciencia.

De los 13 casos de Jamieson (9), seis tuvieron una pérdida de conocimiento inicial y recobraron la conciencia en algún momento. Cinco estuvieron lúcidos durante toda la evolución.

Los 15 pacientes de Estridge (4) presentaron cefalea. Todos tenían hipertensión endocraneana, diagnosticada ya sea por el fondo de ojo o por punción lumbar. En 5 existió rigidez de nuca.

En la mayoría de los casos, el intervalo de tiempo entre el traumatismo encefalocraneano y el examen neurológico fue de 10 días.

Según Gross (7), el cuadro clínico del hematoma subdural de fosa posterior es indistin-

guible en el preoperatorio del hematoma extradural de fosa posterior. Para este autor, una historia de traumatismo occipital, seguido de cefalea, vómitos, deterioro de la conciencia, signos de hipertensión endocraneana, rigidez de nuca y trastornos cerebelosos o de pares craneanos, deben hacer sospechar un hematoma de fosa posterior. Si en la operación no se encuentra un hematoma extradural, es obligatorio buscar un hematoma subdural.

Queremos destacar que solamente 8 casos de la literatura sobrevivieron a la operación.

### SUMARIO

Los autores presentan un caso personal de una entidad traumática de rara observación y de muy elevada mortalidad, describiendo las dificultades diagnósticas y terapéuticas, y revisando la literatura sobre este tema.

### SUMMARY

The authors present a personal case of a very rare traumatic lesion, describing the diagnostic and therapeutic difficulties and reviewing the literature on the subject.

### RESUME

Les auteurs présentent une observation personnelle d'une lésion traumatique rare, chargée d'une mortalité élevée; les difficultés de diagnose et de traitement sont décrites, et la littérature sur le sujet est revue.

### BIBLIOGRAFIA

1. Criarla, E. Beitrag zum pathologisch-anatomischen und klinischen Studium der Pachimeningitis cerebri-hemorrhagica. Arch. Psychiat. Nervenkr. 52: 439-442, 1913.
2. Ciembroniewikz, J. E. Subdural hematoma of the posterior fossa. J. Neurosurg. 22: 465-473, 1965.
3. Coblentz, R. G. Cerebellar subdural hematoma in an infant 2 weeks old with secondary hydrocephalus. Operation with recovery. Surgery. 8: 771-776, 1940.

4. Estridge, M. N., Smith R. A. Acute subdural hemorrhage of posterior fossa. Report of a case with review of the literature. J. Neurosurg. 18: 248-249, 1961.
5. Fischer, R. G., Kim, J. K., Sachs, E. jr. Complications in posterior fossa due to occipital trauma—their operability. J. Amer. med. Ass. 167: 176-182, 1958.
6. Freed, C. G., Boyd, H. R. Subdural hematoma. Review of 106 cases. Rocky Mtn. med. J. 57: 51-55, 1960.
7. Gross, S. W. Posterior fossa hematomas. J. Mt. Sinai Hosp. 22: 286-289 1955.
8. Hoessly, G. F. Intracranial hemorrhage in the seventeenth century. J. Neurosurg. 24: 493-416, 1966.
9. Jamieson, K. G., Lelland, J. D. Surgically treated subdural hematomas. J. Neurosurg. 37: 137-149, 1972.
10. Leary, T. Subdural or intradural haemorrhages. A.M.A. Arch. Path. 28: 808-811, 1939.
11. McKenzie, K. G. Extradural haemorrhage. Brit. J. Surg. 26: 346-365, 1938.
12. McKissock, W., Richardson, A., Bloom, W. H. Subdural hematoma. A. Review of 389 cases. Lancet. 1: 1365-1369, 1960.
13. Munro, D. The diagnosis and treatment of subdural hematoma: report of 62 cases. New Eng. J. Med. 210: 1145-1149, 1934.
14. Picken, C. B. A case of subdural hematoma. Guy's Hosp. Rep. 78: 368-370, 1928.
15. Schneider R. C., Lemmen, L. J., Bagchi, B. K. The syndrome of traumatic intracerebellar hematoma with contrecoup supratentorial complications. J. Neurosurg. 10: 122-137, 1953.
16. Wepfer, J. J. Observatione anatomicae ex cadaveribus eorum quos sustulit apoplexia cum exertitatione de eus loco affecto. Schaffhausen: O. A. Waldkirch, 1675. Cita-