

## ¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

J.M. Poch Puig, P. Nogués Bara,  
M. Cabañero Pisa, J. Boix Ochoa

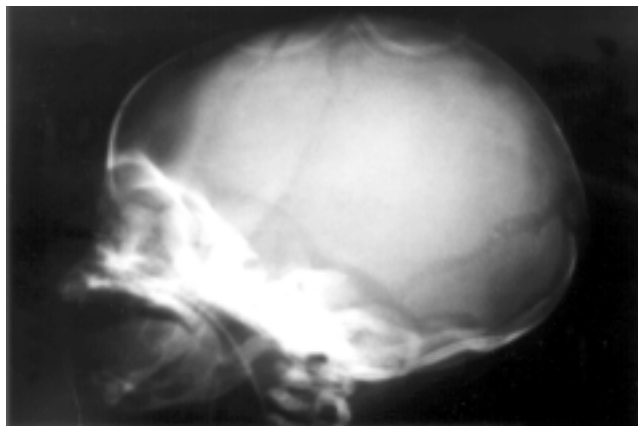
*An Esp Pediatr 1997;47:435-436.*

### Observación clínica

El 21 de octubre de 1995 ingresó, procedente de otro hospital, un recién nacido a término, fruto de una primera gestación bien controlada y cuyo parto había sido monitorizado. Por bradicardia fetal mantenida habían decidido la realización de un fórceps para acortar el expulsivo. Al nacer tenía una circular de cordón y el Apgar era 7/9. Se hizo reanimación superficial en la sala de partos, se efectuó profilaxis ocular y recibió vitamina K. El peso era de 3.270 g y la talla de 48 cm. Cuando ingresó en nuestro centro tenía 20 horas de vida. A la exploración presentaba un cefalohematoma parietal derecho, una parálisis facial y braquial derechas y el resto del examen era normal.

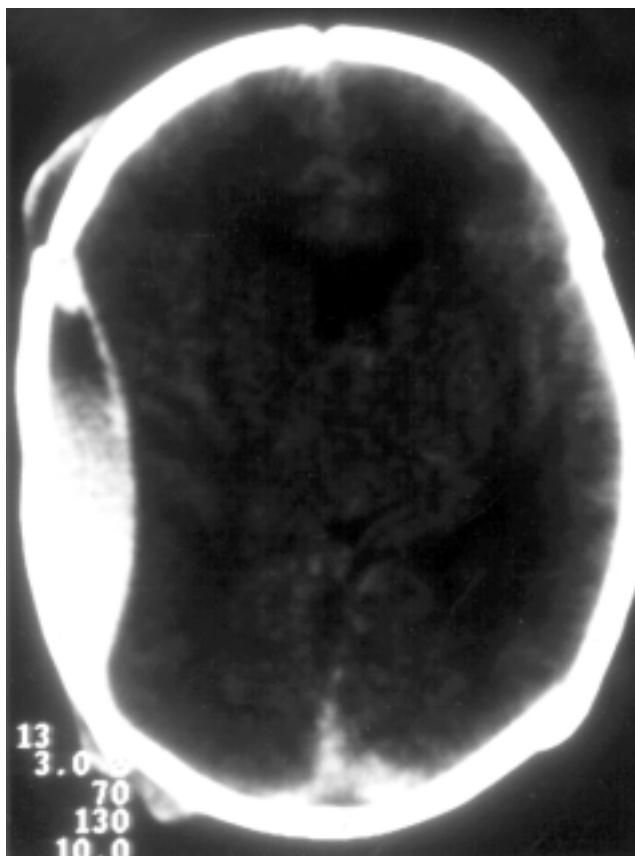
Las radiografías de cráneo mostraban una fractura temporal derecha (Fig. 1).

En base a las imágenes de la tomografía axial computarizada (Fig. 2) se intervino quirúrgicamente.



**Figura 1.** Radiografía lateral de cráneo. Muestra una importante fractura temporal diastasada. Las suturas, en especial la lambdaidea también está diastasada.

### Un recién nacido con traumatismo obstétrico



**Figura 2.** TC craneal preoperatoria. Hematoma epidural parietotemporal derecho, con un nivel serohemático. Desplazamiento de la línea media.

### Pregunta

*¿Cuál es el diagnóstico?*

Unidad de Neurocirugía. Hospital Materno-Infantil «Vall d'Hebron». Barcelona.  
Correspondencia: Dr. J.M. Poch Puig. Neurocirugía. Hospital Materno-Infantil «Vall d'Hebron». Pg. de la Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona

## Hematoma epidural parietotemporal derecho

La tomografía computadorizada craneal confirmaba la existencia del cefalohematoma y la fractura de bóveda. También ponía de manifiesto la existencia de un hematoma parietotemporal derecho subyacente a la fractura que producía efecto de masa.

Se intervino de urgencia el mismo día del ingreso.

El hematoma se abordó mediante una trefina parietotemporal derecha, se evacuó éste y se hemostasió el punto sangrante. El curso postoperatorio fue satisfactorio. En los controles efectuados en consultas externas, el niño presentaba una recuperación neurológica «ad integrum».

La tomografía computadorizada craneal de control efectuada el día 24 de noviembre de 1995 fue normal.

El hematoma epidural o extradural se localiza entre el hueso y la duramadre. En el período neonatal es extraordinariamente raro. Clásicamente se decía que a estas edades no se presentaban por la existencia de adherencias de la duramadre a la tabla interna del cráneo, en especial a nivel de las suturas<sup>(1)</sup>. Sin embargo, el caso que presentamos se originó como consecuencia de un traumatismo obstétrico al igual que algún otro que recoge la literatura<sup>(2)</sup>. Puede ser de origen arterial o venoso, este último se ve con más frecuencia en la edad pediátrica. En el caso que se comenta el origen era arterial. La localización más frecuente es la región temporal y la mayoría de las veces se produce por lesión de la arteria meníngea media o una de sus ra-

mas. El tratamiento, en principio, es siempre quirúrgico. Desde que se tiene la posibilidad de hacer tomografías computadorizadas craneales se han descrito imágenes de grandes hematomas que se acompañan de ninguna o mínima sintomatología. Ante esto, algunos autores dudan de la necesidad de evacuación quirúrgica<sup>(3)</sup>. Otros proponen hacer un tratamiento conservador con controles de tomografía computadorizada y plantear la evacuación quirúrgica únicamente si el enfermo empeora clínicamente<sup>(4)</sup>. Esta actitud es muy peligrosa, ya que si bien es cierto que hay casos que han evolucionado bien sin operarlos, no es menos cierto que hay otros, que a pesar de mantenerse inicialmente estables, súbitamente han empeorado y por el retraso en la intervención han quedado con secuelas importantes o incluso han muerto. En nuestro caso, la evacuación precoz del hematoma permitió que evolucionara sin secuelas y que su desarrollo hasta el momento actual haya sido totalmente normal.

## Bibliografía

- 1 Mc Laurin RL, Ford LE. Extradural Hematoma. Statistical Survey of Forty-Seven Cases. *J Neurosurg* 1964; **21**:364-371.
- 2 Palmer JD, Sparrow OC. Extradural haematomas following intrauterine trauma. *Injury* 1994; **25**:671-673.
- 3 Burres KP, Hamilton RD. Chronic extradural hematoma. Case report. *Neurosurgery* 1979; **4**:60-62.
- 4 Pang D, Horton JA, Herron JM, Wilberger JE, Vries JK. Nonsurgical management of extradural hematomas in children. *J Neurosurg* 1983;