HEMATOMA SUBDURAL Y FRACTURA DE LOS HUESOS LARGOS

Relato de un caso.

Por los Dres. J. MENEGHELLO y J. HASBUN (*)

Hosp. M. Arriarán, Cátedras de Pediatría de los Profs. A. Baeza Gofí y J. Meneghello Rivera.

No más de una docena de casos se han publicado hasta la fecha acerca de esta curiosa asociación de hematoma subdural y fractura de los huesos largos. El primero que llamó la atención a este hecho fué Caffey¹, quien, en 1946, publica un trabajo con un relato de seis observaciones de lactantes con fracturas de los huesos largos como complicación del hematoma subdural. Aunque en todos sus casos las fracturas parecían ser de origen traumático, no se pudo obtener en ninguno de ellos por la historia, el antecedente preciso del traumatismo causal. La mayoría de las fracturas aparecieron después del comienzo de los hematomas subdurales y no se encontró en ningún caso evidencia, ni clínica ni radiológica, de alguna enfermedad pre-existente del sistema esquelético que pudiera predisponer a las fracturas patológicas. Concluye que las fracturas de los huesos largos son una complicación común del hematoma subdural infantil y recomienda que cuando se esté en presencia de un lactante con fracturas inexplicables de los huesos largos, hay que orientar la investigación hacia el hematoma subdural. Además, sugiere que en todo caso de hematoma subdural se practique un examen radiológico de rutina de los huesos largos, ya que muchas fracturas son clínicamente silenciosas.

Smith², en 1950, relata un nuevo caso en un lactante de 4½ meses, con múltiples fracturas de los huesos largos y del cráneo, sin antecedentes traumáticos y al

cual se le hizo el diagnóstico de hematoma subdural por este solo hallazgo, ya que la historia y examen físico no suministraban elementos para pensar en él. No se comprobó ninguna enfermedad capaz de producir fracturas patológicas. A fines de 1950, Lis y Frauenberger³ publican otro caso, en un lactante de 10 meses de edad, con fracturas múltiples costales y del miembro inferior, sin que se pudiera comprobar antecedente traumático y en el que por la clínica se sospechó el hematoma subdural, diagnóstico que fué confirmado en la intervención.

La observación clínica que presentamos a continuación ilustra acerca de esta combinación con semejanzas llamativas a los casos relatados en la literatura.

M. S. V. - Obs. N° 75647/50. — Lactante de sexo femenino, de 1 año de edad, cuyos antecedentes personales no fué posible precisar, porque su madre falleció 2 meses antes a consecuencia de un aborto y la persona a cargo de ella sólo precisa de que siempre fué vomitadora y que sufría de estreñimiento. Además, fué muy retrasada en su desarrollo estático-dinámico y muy irritable. El día 10 de octubre de 1950 es hospitalizada en la Posta Infantil, porque desde 15 días antes tiene decaimiento y reacción febril; en los últimos 3 días se había agravado, estaba somnolienta, presentaba vómitos y constipación. Vista por médico particular prescribe antibióticos y feronobarbital en dosis elevadas. En recepción se encontró una enfermita inconsciente, con pésimo estado nutritivo, deshidratada, que no reaccionaba al examen, con enfriamiento e hipotonía generalizada, miosis pupilar bilateral, respiración superficial y lenta y equimosis facial bilateral. Se plantearon los diagnósticos

(*) Servicio de Radiología del Hospital Manuel Arriarán.

de meningoencefalitis o intoxicación barbitúrica, dado el antecedente de la administración de fenobarbital en dosis altas (0.10 g 2 veces al día). Se instituyó como tratamiento de urgencia, estriquina, oxígeno, calentamiento e hidratación paraentérica. Al día siguiente está consciente y es dada de alta 6 días después, en mejores condiciones, afebril y alimentándose en buena forma, con la indicación de control en la Policlínica.

Cuatro días más tarde consulta en la Policlínica por presentar transitoriamente deposiciones mucosas y vómitos repetidos. Por el mal estado nutritivo y la deshidratación se decide hospitalizarla nuevamente, ahora en la sección A del Hospital M. Arriarán, el día 25-X-50. En el servicio se comprueba un lactante con deficiente estado general y nutritivo, con un peso de 5,880 g y una talla de 70.5 cm. Está consciente e irritable cuando se trata de examinarla; yace en decúbito dorsal y con las extremidades en abducción y flexión. Hay deshidratación de la piel e hiperpigmentación del dorso de las manos, pies y cara externa de los antebrazos, además, numerosas zonas equimóticas, que comprometen especialmente la región malar e infraocular izquierda. Hay, además, tinte violáceo de la cara externa de los tobillos y dorso de los pies. El cráneo es asimétrico y ensanchado en el diámetro biparietal. Las encías están hiperémicas, pero no sangran. La lengua está húmeda y rosada. El tórax se aprecia enflequecido y prominente en quilla. El examen pulmonar y cardíaco no revela anormalidades. El abdomen se presenta excavado y no se palpan vísceras. Las extremidades inferiores se ven en actitud pasiva, inmovilizadas voluntariamente en flexión, abducción y rotación externa del muslo; la movilización provocada por el examen le causa dolor. En el tercio inferior de ambas piernas se observa una deformación lateral externa, dolorosa y con movilidad anormal elástica. La tonicidad está conservada. La impresión diagnóstica en el servicio es de distrofia grave, síndrome purpúrico, ¿escorbuto? y fractura de las extremidades inferiores.

Se practicaron los siguientes exámenes de laboratorio: el hemograma revela: 4,240,000 eritrocitos con 73.9 % de Hb, 5,600 leucocitos con 4 % de baciliformes, 58 % de segmentados, 16 % de linfocitos, 12 % de monocitos y 9 % de eosinófilos. Plaquetas normales al frotis. El tiempo de coagulación es de 2 minutos y el de sangría es de 1 minuto. Test de Rumpel Leede negativo. El nivel de vitamina C en ayunas reveló cifras iniciales bajas (0.480 mg %). Los exámenes de orina y urocultivos negativos.

El estudio radiográfico de las extremidades inferiores informó lo siguiente: fractura bilateral simétrica y completa a nivel de la metafisis distal de los huesos de la pierna; los

fragmentos en buena posición. No hay signos evidentes de escorbuto.

En vista de estos hallazgos se conversó nuevamente con el padre y con su cuidadora, obteniéndose sólo datos vagos e imprecisos respecto a traumatismos que pudieran ser los causantes de las fracturas.

Su evolución en el servicio: los primeros 15 días llama la atención por su mal estado general, el decaimiento, sus frecuentes vómitos, la marcada hidrolabilidad, que obligan a

Radiografía de ambas piernas: fractura bilateral, simétrica, a nivel de la metafisis distal de los huesos de la pierna.

hidratación paraentérica gota a gota y plasmas; el estacionamiento en el peso, su dificultad para alimentarse y un estreñimiento pertinaz. El síndrome purpúrico desaparece en un lapso aproximado de 2 semanas. A partir de la segunda semana está subjetivamente mejor, más hidratada, pero persisten los vómitos y la constipación. Debido a la rebeldía de estos síntomas se practica un estudio radiológico del tubo digestivo y cuyo informe dice: estómago grande, hipotónico. Buen pasaje pilórico; duodeno normal. Una hora después ha pasado sólo pequeña cantidad de bario a las asas delgadas. Seis horas más tarde: restos de la papilla opaca en el estómago; el bario contrasta las últimas porciones del íleon y el colon hasta el ángulo hepático. A

las 54 horas está inyectado el colon ascendente, transverso y descendente, los que se observan de aspecto normal; a las 96 horas hay barlo en el colon sigmoideo y ampolla rectal. Conclusión radiológica: atonia gástrica; constipación colónica. También se practicó un enema baritado, el que reveló un colon de tamaño y forma normales y, además, una disquexia rectal.

Vistos los resultados del examen radiológico del tubo digestivo, se ensaya tratamiento a base de vitamina B1 y prostigmina, con lo que se logra normalizar el tránsito intestinal.

En conocimiento del trabajo publicado por Caffey y dada la similitud de nuestra enfermedad con las observaciones publicadas por él, pensamos en el hematoma subdural, diagnóstico que se hizo más evidente cuando algunos días después se advierte un estrabismo convergente bilateral y una parálisis facial derecha.

El día 29-XI-50 se practica una punción subdural; en el lado izquierdo sale líquido teñido de sangre en un comienzo y luego intensamente xantocrómico. Se dejan escapar más o menos 10 cc; en las últimas porciones vuelve a teñirse de sangre. A derecha la punción dió salida a líquido hemorrágico, que fluyó gota a gota rápida y no cambió de coloración hasta el final. Se dejan fluir 10 cc. Los resultados de sus exámenes químico y citológico son los siguientes: líquido subdural derecho, intensamente hemorrágico; Pandý, ++++; leucocitos, 10 x mm. El líquido subdural izquierdo es hemorrágico, con Pandý, ++++; albúmina, 1.80 g; glucosa, 0.50 g; coloruros, 7.2 %; leucocitos, 4 x mm; cultivo (—).

Por esta época se practica un fondo de ojo que revela edema papilar bilateral y un examen neurológico en que sólo llama la atención una tonicidad muscular disminuida y los reflejos tendinosos vivos en ambas extremidades. Se sienta con dificultad.

Un examen de fosfemia revela: 4.3 mg % y calcemia, 11 mg %. Calcúria: 1.30 % (normal, 0.10-0.25 %). Fosfatasa: 8.5 unidades Bodansky.

Se practican 3 punciones subdurales, que dan salida a líquido con los mismos caracteres a los ya anotados, y el día 27-XII-50 se decide practicar el segundo tiempo de la operación de Ingraham, encontrándose que a izquierda sale líquido citrino claro y se descubre una membrana firme rojiza. A derecha no se comprobó membrana de hematoma y sale líquido claro.

Es dada de alta el día 23 de enero de 1951, después de 3 meses de hospitalización, con 2 kilos más de peso, con muy buen estado general y con la indicación de control en la Policlínica.

Comentario.

Sucede a veces que el diagnóstico de hematoma subdural en el lactante se hace extremadamente difícil, por ausencia de los signos clásicos que fueran puntualizados en el trabajo publicado por Ingraham⁴ en 1945. Es por esto que el conocimiento de esta asociación de fracturas de los huesos largos y hematoma subdural puede ser de gran utilidad al radiólogo, sugiriendo al clínico esta posibilidad, cuando la sintomatología de hematoma no es claro.

Igual que en los casos relatados en la literatura no fué posible precisar en nuestro enfermo antecedentes traumáticos que explicaran las fracturas: el único hallazgo de importancia etiológica es el bajo nivel de vitamina C encontrado en el plasma. Pero creemos que su importancia es relativa, por cuanto investigaciones practicadas por nosotros⁵ en el año 1948, demostraron en el estudio humoral de 100 casos de niños distróficos, la existencia de una hipoavitaminosis C de cierta intensidad en todos ellos, y las radiografías de los huesos largos no mostró fractura en ningún caso, aunque en dos tercios de ellos había signos radiológicos óseos que pueden considerarse característicos de hipoavitaminosis C. En nuestro enfermo, fuera de la osteoporosis y el adelgazamiento de la cortical, común a casi todos los estados distróficos del niño, faltaban los otros signos clásicos del escorbuto, como la rarefacción submetafisaria, el signo de Wimberger en los núcleos de osificación, el engrosamiento de las líneas de calcificación provisoria, los espolones laterales y el carácter y localización mismos de las fracturas en posición más alta que lo que acontece en el escorbuto.

No sabemos cuándo aparecieron las fracturas en nuestro enfermo. Caffey señala que en 5 de 6 casos fueron posteriores al hematoma. En el caso relatado por nosotros creemos que el hematoma es antiguo, por el ensanchamiento de la carbeza, la distrofia avanzada y el hallazgo de membrana en la intervención. En

cambio, las fracturas parecen ser recientes (ausencia de callo óseo).

Nos ha sorprendido que casi todos los casos publicados demuestran la presencia de petequias o y equimosis, cerca o lejanos al sitio de fracturas. Como lo señalamos, nuestro paciente también tenía estas manifestaciones. Ingraham, en su vasta experiencia en hematoma subdural, no hace mención a estas manifestaciones cutáneas, pero sí se refiere a las hemorragias retinales como de relativa frecuencia. Los estudios de coagulación sanguínea practicados en el caso relatado por nosotros, no mostraron anormalidad.

Conclusión.

Se presenta el caso de un lactante con fracturas de los huesos largos, hallazgo que ayudó a establecer el diagnóstico de hematoma subdural. No se precisó la etiología. Se llama la atención a la frecuencia de manifestaciones purpúricas que acompañan a esta asociación de fractura y hematoma subdural.

Summary.

The authors present a case of an infant with several fractures of long bones associated with a subdural hematoma. The etiology was not established. They stress the frequency of purpuric manifestations in cases of subdural hematoma with fractures.

Bibliografía.

- 1.—CAFFEY, J. — Multiple Fractures in long bones of Infants suffering from Subdural Hematoma. *Am. J. Roentgenol.* 56: 163, 1946.
- 2.—SMITH, M. J. — Subdural Hematoma with multiple Fractures. *Am. J. Roentgenol.* 63: 342, 1950.
- 3.—LIS, E. F. y FRAUENBERGER, G. S. — Multiple fractures with Subdural Hematoma in Infancy. *Pediatrics* 6: 890, 1950.
- 4.—INGRAHAM, F. D. y MATSON, D. D. — Subdural Hematoma in Infancy. *J. Pediat.* 24: 1, 1945.
- 5.—MENEGHELLO, J.; RUBIO, S.; UNDURRAGA, O. y HASBUN, J. — Hipoavitaminosis C en el lactante distrófico. *Rev. Chilena de Pediatría* 19: 72, 1948.