

Caso clínico

KRANION 2003;3:34-6

Cefalea ortostática y hematoma subdural bilateral en relación con hipotensión espontánea de líquido cefalorraquídeo

A. ZURUTUZA AUZMENDI, M.C. MARTÍN SIERRA¹, F.J. GARCÍA PEREIRA², J. GAZULLA ABÍO³

Introducción

El síndrome de hipotensión espontánea de líquido cefalorraquídeo (LCR) se caracteriza principalmente por cefalea ortostática, presión del LCR inferior a 60 mm de agua y aumento de captación de las meninges en la resonancia nuclear magnética (RM) realizada con Gadolinio^{1,2}. Se han descrito hematomas subdurales e higromas asociados a la hipotensión espontánea de LCR, y a la secundaria a otras causas como la punción lumbar o leves traumatismos¹. A continuación presentamos el caso de un paciente con cefalea postural como único síntoma, hematoma subdural bilateral y hallazgos de imagen sugestivos de hipotensión de LCR.

Caso clínico

Varón de 68 años de edad, industrial jubilado. Entre los antecedentes personales destacaban: ausencia de hábitos tóxicos, hipercolesterolemia en tratamiento dietético, hernia de hiato y cefaleas tensionales asociados a cuadros ansiosos.

Acudió a consultas externas de Neurología en julio de 1999 por presentar cefalea de 2 meses de evolución. La cefalea debutó sin ninguna maniobra desencadenante estando en sedestación, siendo de intensidad moderada, opresiva, localizada en vértex y de frecuencia diaria. El paciente refería que a veces le despertaba a medianoche y cedía parcialmente con ácido acetilsalicílico. Se acentuaba con la bipedestación, maniobras de Valsalva, ansiedad y mejoraba en decúbito. No se acompañaba de ninguna otra manifestación clínica salvo dolor a nivel cervical. No refería antecedentes traumáticos.

La exploración física fue normal a excepción de una intensa contractura muscular paravertebral derecha. La neurológica también fue normal. La exploración de fosas nasales y cavum no reveló ninguna patología.

Las pruebas complementarias mostraron hemograma, bioquímica sanguínea y coagulación normales; el único dato alterado fue el colesterol total: 256 mg/dl. En la tomografía axial computarizada (TC) cerebral se observaron unas colecciones extraparenquimatosas de densidad heterogénea compatibles con un hema-

Servicio de Medicina Interna.
Hospital San Jorge. Huesca

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Hospital San Jorge. Huesca

²Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de Salud de Graén

³ Servicio de Neurología.

Hospital San Jorge. Huesca

Dirección para correspondencia:

Dr. José Gazulla Abío
C/ Luis Vives nº 6, Esc. Dcha. 7º B
50006 Zaragoza
Tel.: 976/563649
E-mail: josegazulla@wanadoo.es

toma subdural bilateral en fase subaguda. Se solicitó la realización de RM: en las imágenes T₁ (Fig. 1) y T₂ axiales se observó una colección subdural bilateral de localización parietal que correspondía al hematoma subdural, siendo las colecciones de mayor tamaño a las observadas en la TC cerebral. En las imágenes de RM recogidas tras la administración de Gadolinio (Fig. 2) se observó un realce paquimenígeo con captación dural lineal y continua de contraste a nivel supra e infratentorial.

Dado el aumento de tamaño del hematoma subdural bilateral se practicó drenaje de éste en nuestro Servicio de Neurocirugía de referencia. Tras el drenaje en agosto de 1999 la cefalea se resolvió. En octubre de 1999 se practicó una RM craneal de control observándose una clara reducción del tamaño de los hematomas subdurales.

Discusión

La hipotensión espontánea del LCR fue descrita por Schaltenbrand en 1938³. La manifestación clínica más característica es la cefalea, que aumenta en intensidad con la bipedestación y se alivia con el decúbito. Otras manifestaciones pueden ser: rigidez de nuca, náuseas, vómitos, acúfenos, vértigo, diplopía, parálisis unilateral o bilateral del sexto nervio

craneal, sin antecedentes de punción lumbar, mielografía, anestesia epidural o traumatismo¹. En la mayoría de los casos los síntomas desaparecen de forma espontánea en un período variable de tiempo. Puede asociarse la aparición de hematomas subdurales e higromas¹. El diagnóstico se realiza midiendo la presión de LCR, que debe ser menor de 60 mm de agua; el análisis del LCR suele ser compatible con la normalidad aunque puede hallarse un discreto aumento de las proteínas, pleocitosis mononuclear, presencia de eritrocitos y xantocromia¹. La RM craneal realizada con Gadolinio puede mostrar imágenes con aumento de captación en las paquimeninges y desplazamiento de las estructuras nerviosas^{2,3}. Se pueden localizar posibles pérdidas de LCR mediante RM o cisternografía isotópica². Hoy día también se puede diagnosticar la hipotensión de LCR comprobando aumento del flujo de sangre de la vena oftálmica superior, mediante doppler. El tratamiento consiste en la reparación quirúrgica de la fuga de LCR si la hubiere, o en el drenaje de los hematomas subdurales de gran tamaño o con desplazamiento de estructuras intracraneales¹.

Las colecciones intracraneales que se pueden asociar a la hipotensión espontánea de LCR y a la punción lumbar se producen por la rotura de venas "puente", causada por los desplazamientos anómalos que sufre el parénquima nervioso al disminuir el

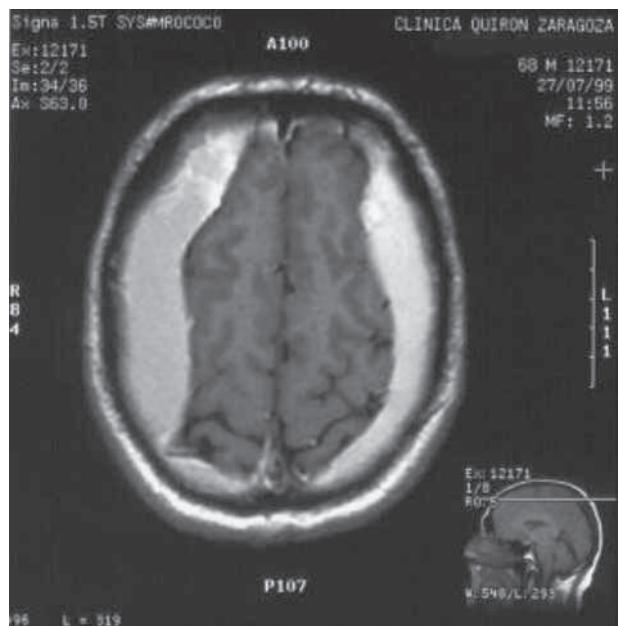


Figura 1. RM craneal T₁ axial: se observa una colección subdural bilateral de localización parietal que corresponde a un hematoma subagudo.

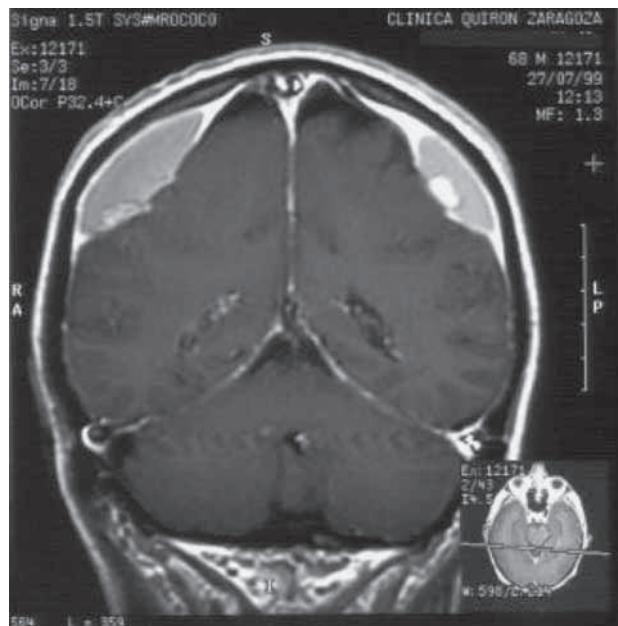


Figura 2. RM craneal tras administración de Gadolinio: se evidencia un realce paquimenígeo, con captación dural lineal y continua de contraste a nivel supra e infratentorial.

volumen de LCR. La colección de líquido subdural es un fenómeno secundario y puede también producir cefalea¹.

El mecanismo por el que se produce la cefalea no está claro, habiendo 2 hipótesis al respecto: la primera expone que la causa es la vasodilatación meníngea compensadora debido a la disminución del volumen de LCR, que a su vez explicaría el realce paquimeningeo observado mediante RM. La segunda hipótesis propone que la causa son los mayores desplazamientos del parénquima nervioso dentro de su estuche óseo con los cambios posturales. La menor flotabilidad causada por el insuficiente volumen de LCR permitiría la tracción de estructuras sensibles al dolor¹.

Este caso presenta algunas de las características del síndrome de hipotensión de LCR: cefalea provocada por bipedestación y realce meníngeo en la RM craneal tras administración de Gadolinio. Sin embargo, el hecho de que el paciente se despertara a medianoche por la cefalea podría ser secundario a un aumento de presión intracranal debido al aumento de tamaño de los hematomas subdurales y no por hipotensión de LCR, hecho que dificultó inicialmente el diagnóstico. Al no existir antecedente traumático previo, podría considerarse la hipotensión del LCR como espontánea. En nuestro caso, no se realizó la

medición de presión de LCR por el evidente peligro de herniación cerebral. Dado que la cefalea del paciente se resolvió sin recurrencia tras el drenaje de los hematomas subdurales, no se consideró preciso proseguir el estudio para la localización de fistulas de LCR, que son causa de la mayoría de los síndromes de hipotensión espontánea de LCR.

Es preciso recordar que una cefalea relacionada con los cambios posturales descritos debe motivar un estudio de cefalea secundaria a alteraciones en la presión de LCR. Los hematomas subdurales sin antecedente traumático debe considerarse que puedan ser secundarios a hipotensión de LCR. La persistencia de hipotensión de LCR obliga a buscar un punto de fuga de LCR y a su reparación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rando TA, Fishman RA. Spontaneous intracranial hypotension: report of two cases and review of the literature. *Neurology* 1992;42:481-7.
2. Fishman RA, Dillon WP. Dural enhancement and cerebral displacement secondary to intracranial hypotension. *Neurology* 1993;43:609-11.
3. Hochman MS, Naidich TP, Kobetz SA, Fernández-Maitin A. Spontaneous intracranial hypotension with pachymeningeal enhancement on MRI. *Neurology* 1992;42:1628-30.