

## P052 - HEMATOMA SUBDURAL SUBAGUDO BILATERAL EN EL CONTEXTO DE UN SÍNDROME DE HIPOTENSIÓN INTRACRANEAL ESPONTÁNEA

*J.F. Sánchez Ortega, M. Martín Risco, J.A. Andrés Sanz, D. Pinilla Arias, M. Claramonte de la Viuda y J.B. Calatayud Pérez*

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

### Resumen

**Objetivos:** Describir el caso de un varón joven con hematomas subdurales subagudos bilaterales en el contexto de un síndrome de HIE secundario a una entidad poco frecuente, la fístula de LCR cervical espontánea.

**Métodos:** Varón de 48 años, sin antecedentes médicos, que consulta por cefalea holocraneal continua y alteraciones del comportamiento (sin traumatismo previo). En el examen físico destaca un comportamiento desinhibido. La TC cerebral muestra colecciones subdurales subagudas bifrontales. La respuesta inicial a los corticoides es favorable, reapareciendo los síntomas al disminuir la dosis. El estudio de control tras siete días muestra persistencia de las colecciones. La RM cerebral y arteriografía resultan normales. Ante la sospecha de fístula de LCR, se practica una gammacisternografía con 99mTC-DTPA detectándose fuga del radio-trazador a nivel cervicotorácico y en la mielotomografía un defecto dural en C7-D1. Con estos hallazgos, se realiza el cierre-sellado quirúrgico del defecto dural.

**Resultados:** La evolución postquirúrgica es satisfactoria, permaneciendo asintomático. La TC cerebral a los tres meses muestra resolución completa de los hematomas subdurales.

**Conclusiones:** La HIE es una entidad infrecuente. Se define como un descenso de la PIC inferior a 60 cmH<sub>2</sub>O. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, manifestándose con cefalea ortostática, mareos, náuseas-vómitos, síntomas meníngeos o focalidad neurológica. La etiología más frecuente es la fuga de LCR post-punción lumbar. Otras causas pueden ser los traumatismos craneales, iatrogenia, fístulas de LCR espontáneas o pérdida de LCR hacia otras cavidades (quistes aracnoideos). La repleción encefálica puede provocar tracción y rotura de vasos puente subdurales, generando hematomas. Al sospechar una fístula de LCR, la gammacisternografía y la mielotomografía ayudan a localizar el punto de fuga. El tratamiento inicial es conservador, seguido de inyecciones epidurales de parches hemáticos. La cirugía de cierre primario del defecto o la aplicación directa de agentes sellantes, está indicada si fracasan los tratamientos anteriores o existe un defecto anatómico evidente.