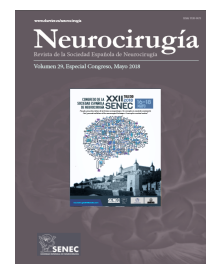




# Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

## 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  $^{99m}\text{Tc}$ -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.