



PARCHE HEMÁTICO EPIDURAL CERVICAL. IMPORTANCIA DE LA PROYECCIÓN OBLICUA CONTRALATERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

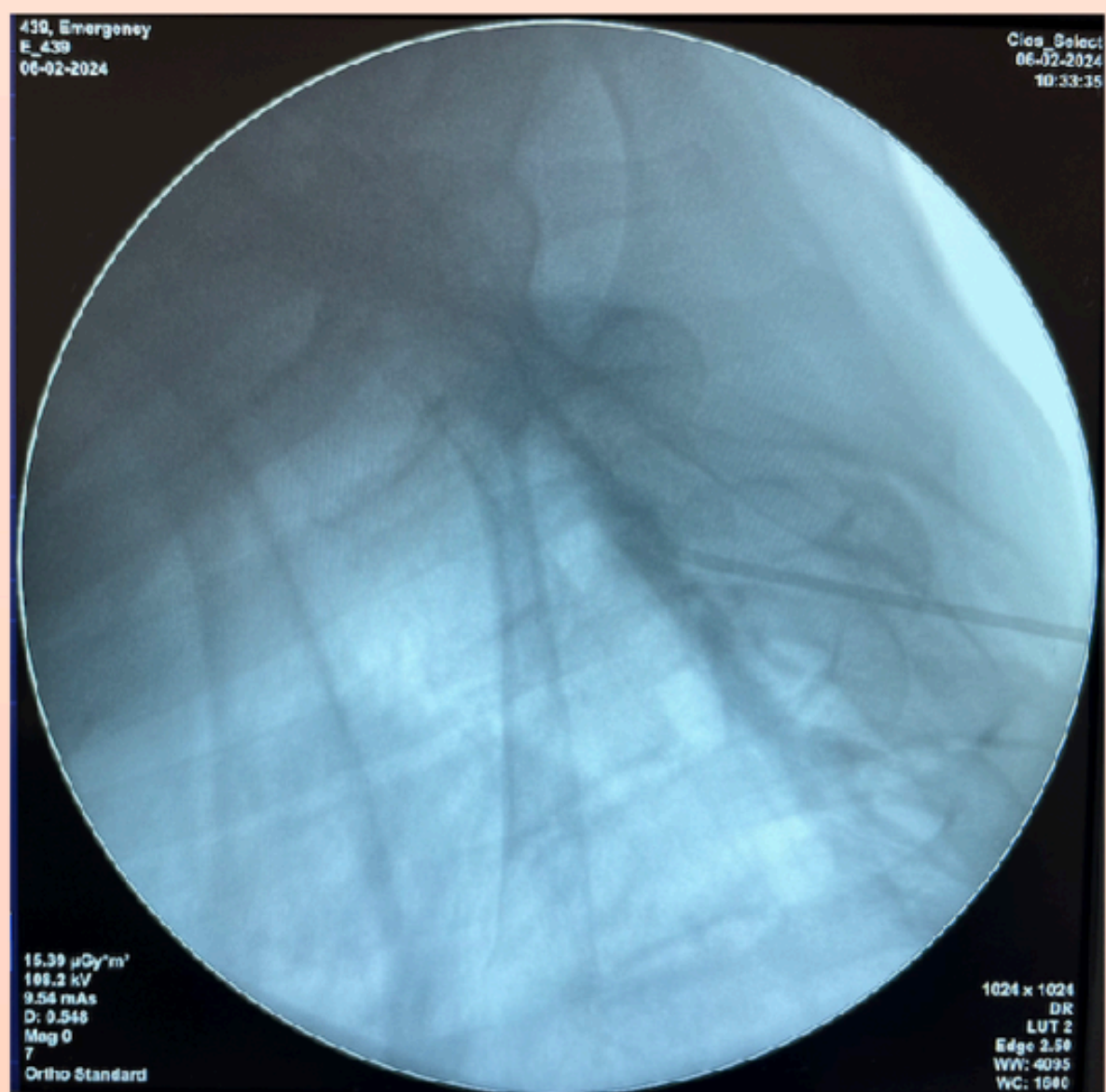
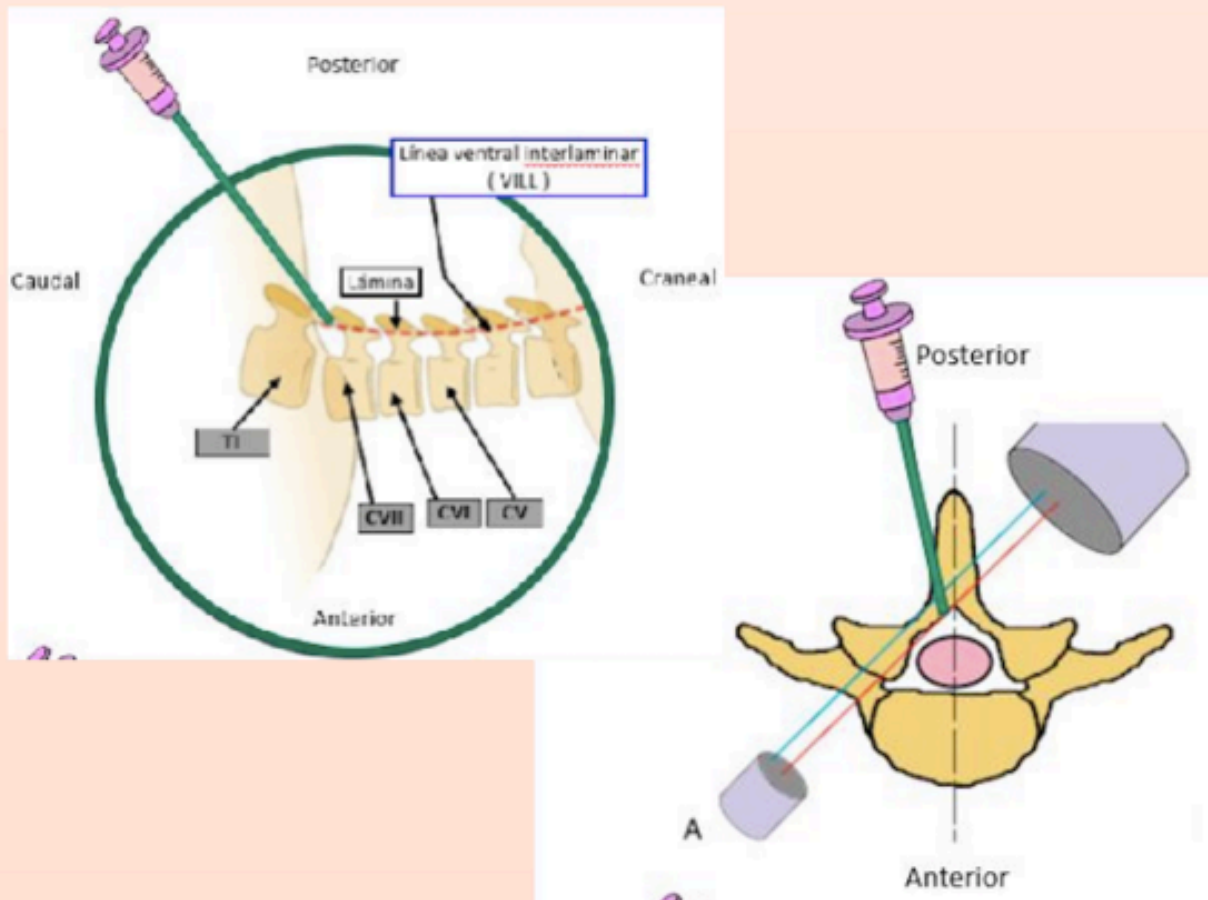
Autores: Yanira González Gálvez, Cira Reina Becerra, Laureano Delange
Hospital Regional Universitario de Málaga

INTRODUCCIÓN

Las fístulas de LCR se producen por la extravasación de líquido cefalorraquídeo a través de un defecto en la duramadre. La causa más frecuente es la traumática, aunque hay diversa patología que puede producirla, como una hidrocefalia. La clínica se produce como consecuencia de la hipotensión intracraneal. En el momento actual, continúa siendo un reto diagnóstico y terapéutico. El manejo definitivo es el cierre quirúrgico; sin embargo, está cobrando mayor importancia tratamientos menos invasivos como el parche hemático que ofrecen resolución definitiva.

MOTIVO DE CONSULTA

Cefalea holocraneal con características ortostáticas



ANTECEDENTES PERSONALES

Varón de 77 años.

- DM2, HTA, DL.

- ACV previo. Trastorno ansioso-depresivo con deterioro cognitivo leve

- ERC

- Asma bronquial y EPOC

CUADRO CLÍNICO DE DOLOR

Presenta cefalea frontal bilateral diaria con características ortostáticas de 7 años de evolución con náuseas asociadas. Al inicio, presentaba dolor al comer, con empeoramiento en el último mes que obligaba al decúbito supino.

Diagnóstico al inicio: migraña (bloqueo GON y toxina sin mejoría).

Pruebas complementarias:

- **Punción lumbar:** presión de apertura de 15 cm H₂O.

- **Mielo-TC:** fístula dural a nivel T10-T11 y T1-T2; sin poder descartar fístulas a nivel más alto por gran estenosis de canal.

Tratamiento:

Parche hemático cervico-torácico a nivel T1-T2 guiado por radioscopia.

Comprobación en planos AP y oblicuo con adecuada difusión de contraste.

Aplicación de 5 mL de sangre autóloga bajo medidas de asepsia y antibioterapia.

Evolución: A la semana, el paciente presenta resolución de la cefalea.

CONCLUSIONES

- El parche hemático está cobrando mayor importancia como tratamiento en el cierre de fístulas dures, ofertando menor invasividad. Dada la peligrosidad de la técnica, es importante realizarlo de forma segura.
- Se suele realizar a nivel C7-T1, ya que la distancia entre ligamento amarillo y duramadre es mayor; además, es probable que el ligamento amarillo no se encuentre fusionado en niveles superiores. Se recomienda RM previa al procedimiento. Si el espacio epidural posterior es mínimo se recomienda realizar la punción en T1-T2.
- Se recomienda mínimo 2 proyecciones (anteroposterior y oblicua contralateral), pudiendo realizarse una lateral para una confirmación multiplanar. Es preferible una proyección oblicua contralateral (CLO) para el avance de la aguja, ya que los hombros frecuentemente obstruyen la visualización clara de la región cervicotorácica en la vista lateral.
- La pérdida de resistencia se sitúa cerca del VILL (línea interlaminar ventral, forma de balón de fútbol).