



# HIPOTENSIÓN INTRACRANEAL SECUNDARIA A FÍSTULA ESPINAL ESPONTÁNEA DE LCR: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Autores: Martínez Flores MT, Moraga Serrano A; Cuesta Vizcaíno L; Morón López AM; Peñafiel-García A; Navalón Villalba C. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Unidad del Dolor en Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de **hipotensión intracraneal (LCR) idiopático** es una patología poco conocida con una incidencia anual de **4-5/100.000**. La causa subyacente reside en la **pérdida inadvertida de LCR a través del saco tecal**, sin antecedente traumático, produciendo clínica de **hipotensión intracraneal**.

## MOTIVO DE CONSULTA

Paciente **varón de 40 años** con **cefalea opresiva occipital y fontal bilateral**, desencadenada **con el ortostatismo**, y mejoría sustancial en decúbito.

## ANTECEDENTES PERSONALES

El paciente no presentaba antecedentes **médicos ni quirúrgicos** de interés. No presentaba clínica infecciosa **ni traumatismo previo**.

## CUADRO CLÍNICO

La sintomatología descrita, de **un mes de evolución**, ocasionaba **gran limitación en la funcionalidad diaria**, por lo que se procedió al **ingreso hospitalario para estudio**. La exploración neurológica y por aparatos fue normal y no se encontraron alteraciones en los estudios analíticos realizados.

## Pruebas complementarias

- TC → estrechamiento de cisternas basales .
- RM cerebral : realce paquimeníngeo difuso, discreto descenso amigdalor e higromas subdurales fronto-parieto-temporales bilaterales.
- RM medular → cambios degenerativos a nivel cervical, junto con despegamiento de la duramadre a este nivel, objetivándose colecciones líquidas fuera del saco dural.

## CONCLUSIONES

- La cefalea ortostática asociada a los hallazgos característicos en la RM son claves en el diagnóstico. Ante el fracaso de un tratamiento intervencionista con parche hemático epidural en el nivel sospechado de la posible fístula dural estaría indicado: mielografía guiada por TC o RM, o mielografía por sustracción digital.

## Principales causas de hipotensión intracraneal espontánea

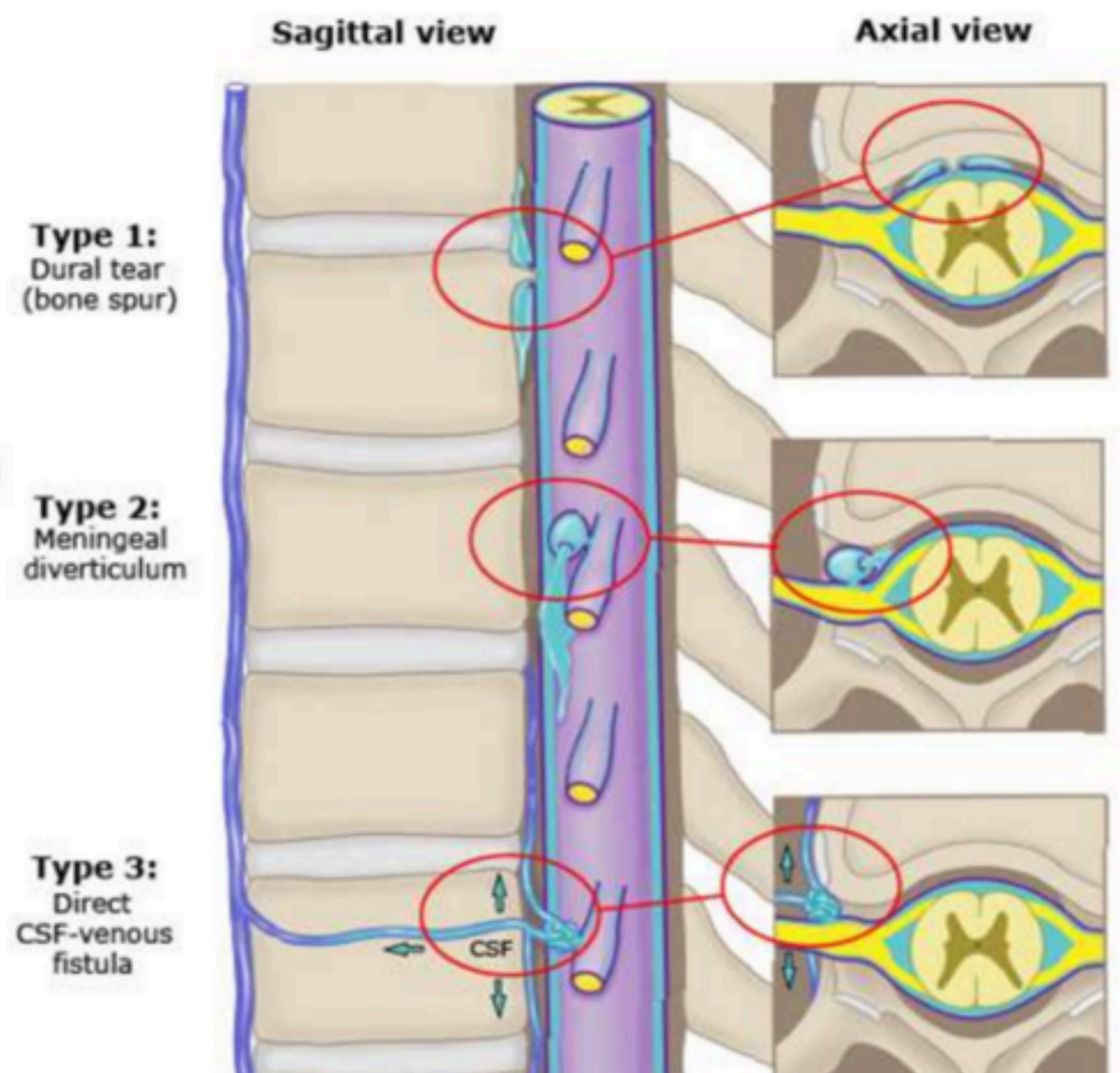
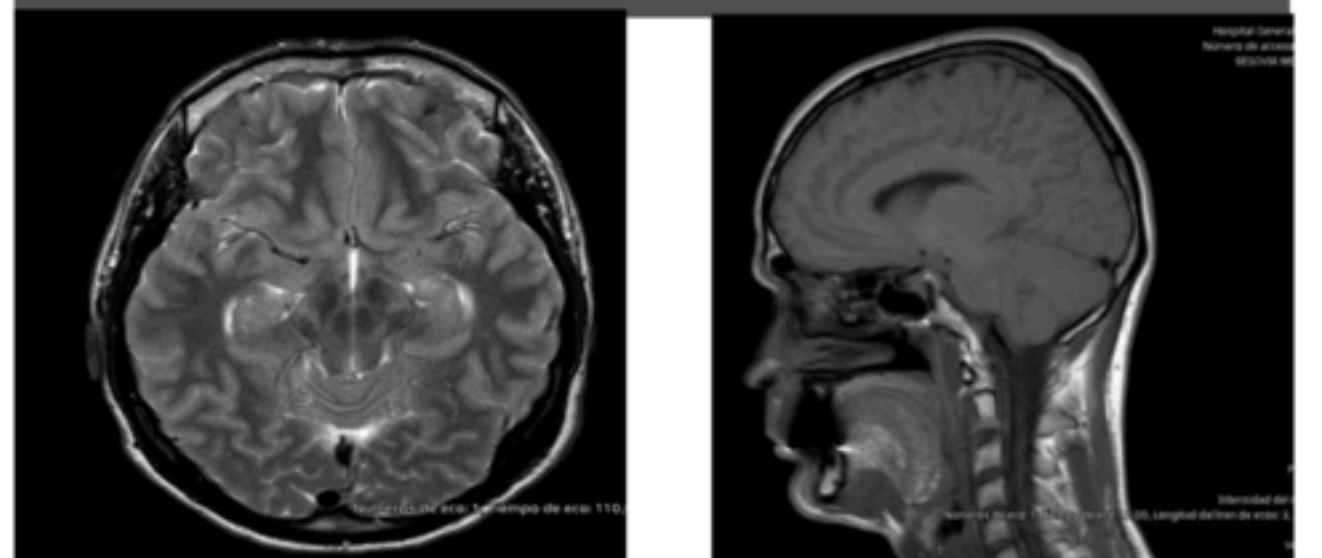
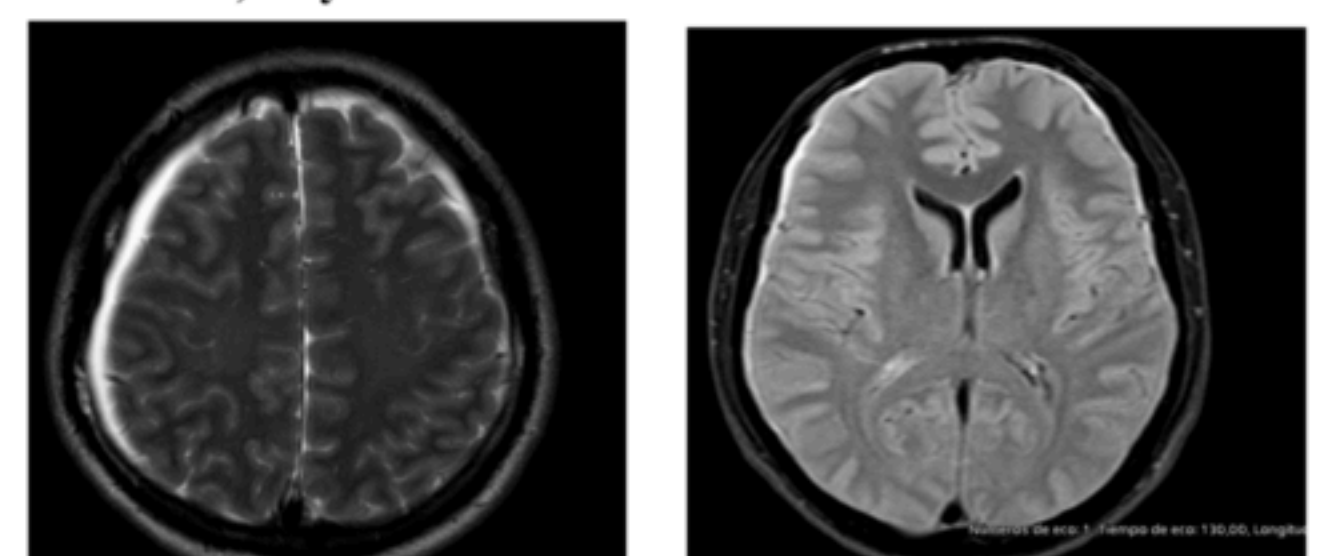


Figura 1. imagen artículo: Sun-Edelstein C, L Lay C, MD, FRCPC (2024). Spontaneous intracranial hypotension: Pathophysiology, clinical features, and diagnosis. UpToDate. Recuperado el 19 enero 2024, de [https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-intracranial-hypotension-pathophysiology-clinical-features-and-diagnosis?search=hipotensi%C3%B3n%20intracraneal%20espont%C3%A1nea&source=search\\_result&selectedTitle=1%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-intracranial-hypotension-pathophysiology-clinical-features-and-diagnosis?search=hipotensi%C3%B3n%20intracraneal%20espont%C3%A1nea&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1)

## IMÁGENES RM CEREBRAL



Higromas subdurales hemisféricos bilaterales, mayor derecho.



## TRATAMIENTO

- **Fracaso de tratamiento conservador** → reposo hidratación IV, ingesta oral de cafeína, y analgésicos IV (paracetamol, metamizol)
- **Tratamiento definitivo** → parche hemático epidural a nivel cervical (C7-T1). En quirófano y guiado por radioscopia.