

Hematoma subdural bilateral secundario a punción lumbar diagnóstica



Bilateral subdural hematoma after diagnostic lumbar puncture

Sr. Director:

El hematoma es una complicación conocida del traumatismo craneoencefálico. Sin embargo, en ausencia de traumatismo, la incidencia de hematoma subdural es muy infrecuente¹. Uno de los posibles mecanismos patogénicos pudiera ser la hipotensión cerebroespinal que puede darse tras punciones lumbares.

Varón de 49 años de edad, con antecedentes de cefalea crónica, catalogada como «tensional», que motivaba consumo frecuente de ergotamina. Consultó por cefalea intensa, que comenzó poco después de ejercicio intenso, sin traumatismo previo. No mostraba focalidad neurológica ni rigidez de nuca. La analítica básica, con inclusión de estudio de coagulación fue normal. Una tomografía axial computarizada (TAC) craneal y una punción lumbar fueron normales, descartando la presencia de hemorragia subaracnoidea u otras lesiones intracraneales. Continuó con cefalea parieto-occipital, de características subjetivas distintas a las de la cefalea inicial, que empeoraba con el ortostatismo, y que disminuyó progresivamente hasta ceder por completo en menos de 2 semanas. Posteriormente se mantuvo asintomático. En una angio-resonancia magnética nuclear (RMN) craneal de control (fig. 1), efectuada 2 meses después, se objetivó la presencia de colecciones subdurales bihemisfé-

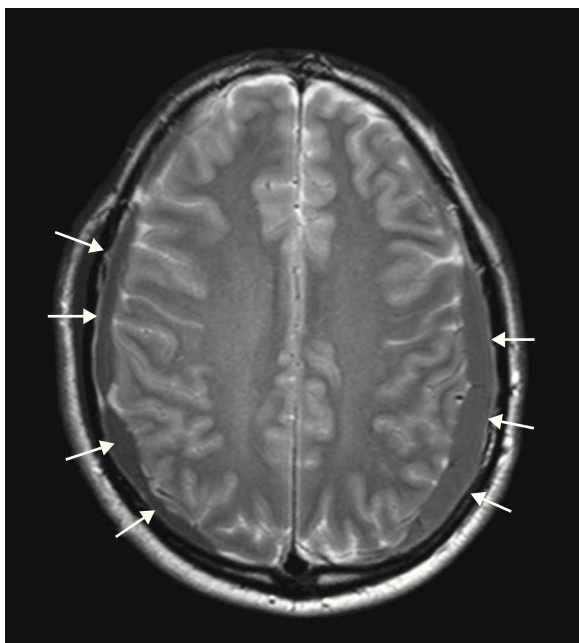


Figura 1 Corte de resonancia magnética cerebral en el que se aprecia hematoma subdural bilateral parieto-occipital (flechas blancas).

ricas de distribución parieto-occipital, sin borramiento de surcos ni desplazamiento de línea media, y sin alteraciones vasculares. Se siguió tratamiento conservador con reposo y dexametasona oral. En las TAC craneales posteriores, las colecciones fueron disminuyendo progresivamente hasta su resolución total en 6 meses.

La cefalea pospunción lumbar es frecuente, sin embargo el desarrollo de hematoma subdural es extremadamente raro y son muy pocos los casos recogidos en la literatura. El descenso de la masa encefálica tras la maniobra produce tracción de estructuras sensibles al dolor, con la consiguiente cefalea. La hipotensión de líquido cefalorraquídeo da lugar a un deslizamiento de la aracnoides sobre la duramadre, que rasga los pequeños vasos de esta interfase, produciendo una extravasación de sangre². La cefalea pospunción es típicamente posicional y empeora con el ortostatismo. Puede comenzar inmediatamente tras la punción lumbar o hasta 2 semanas después. Es usualmente bilateral y de localización frontal u occipital, pudiendo asociarse a náuseas, vómitos, rigidez de nuca y síntomas vestibulares³. Generalmente se resuelve en menos de 5 días, aunque se han descrito periodos más prolongados⁴.

Debemos sospechar la presencia de hematoma subdural si el dolor persiste más de una semana, pierde su carácter postural o reaparece tras haber remitido. Se ha descrito tras anestesiaciones espinales, mielografías lumbares o punciones lumbares diagnósticas⁵, y los factores que predisponen a su formación son la edad avanzada, la atrofia cerebral, el alcoholismo y las coagulopatías⁶. La mayor parte de los casos recogidos en la literatura precisaron tratamiento quirúrgico⁷. Sin embargo, durante los últimos años, gracias al uso de la RMN se han detectado casos de hematomas muy poco sintomáticos en los que se siguió con éxito el tratamiento conservador con reposo y dexametasona. Estos casos debieran ser identificados, ya que su presencia pudiera predisponer a la formación de hematomas subdurales de mayor tamaño, subsidiarios de tratamiento quirúrgico⁸. Aunque la administración de corticoides no ha demostrado utilidad en el tratamiento del TCE, si se detectan hematomas subdurales se recomienda su utilización por su capacidad de bloquear la respuesta inflamatoria y la angiogénesis, acelerando la resolución del hematoma y reduciendo el riesgo de resangrado⁹.

Bibliografía

1. Sung SK, Kim SH, Son DW, Lee SW. Acute spontaneous subdural hematoma of arterial origin. *J Korean Neurosurg Soc.* 2012;51:91-3.
2. Gaucher DJ, Pérez JA. Subdural hematoma following lumbar puncture. *Arch Intern Med.* 2002;162:1904-5.
3. López Soler EC, Villalba García JM, Fernández Madruga R, Fernández Rodrigo M, Mirallas Mezquita M, Mínguez Sorio P. Hematoma subdural secundario a anestesia epidural. Una complicación infrecuente. *Neurología.* 2013;28:380-2.
4. Lance JW, Branch GB. Persistent headache after lumbar puncture. *Lancet.* 1994;343:414.
5. Samdoni A, Garonzi IK, Zahos P. Subdural hematoma after diagnostic lumbar puncture. *Am Emerg Med.* 2004;22:316-7.
6. Chiravuri S, Wasserman R, Chawla A, Haider N. Subdural hematoma following spinal cord stimulator implant. *Pain Physician.* 2008;11:97-101.

7. Vos PE, de Boer WA, Wurzer JAL, van Gijn J. Subdural hematoma after lumbar puncture: Two case reports and review of the literature. *Clin Neurol Neurosurg*. 1991;93:127–32.
8. De Noronha RJ, Sharrack B, Hadjivassihiov M, Romanowski CAJ. Subdural haematoma: A potentially serious consequence of spontaneous intracranial hypotension. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003;74:752–5.
9. Delgado-López PD, Martín-Velasco V, Castilla-Díez JM, Rodríguez-Salazar A, Galacho-Harriero AM, Fernández-Arconada O. Dexamethasone treatment in chronic subdural haematoma. *Neurocirugía (Astur)*. 2009;20:346–59.

Á. Peña-Irún^{a,*} y A.R. González-Santamaría^b

^a *Centro de Salud El Sardinero, Santander, España*

^b *Servicio de urgencias extrahospitalarias 061, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alvaro290475@hotmail.com

(Á. Peña-Irún).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2013.11.013>