

Imagen del mes

Imágenes de la hipotensión de líquido cefalorraquídeo



Spinal fluid hypotension images

Maximiliano A. Hawkes* y Sebastián F. Ameriso

Departamento de Neurología, Instituto de Investigaciones Neurológicas Raúl Carrea, FLENI, Buenos Aires, Argentina

La hipotensión endocraneana secundaria a pérdidas de líquido cefalorraquídeo (LCR) es causa de cefalea con características ortostáticas. El diagnóstico erróneo inicial es frecuente. La incidencia reportada es de 5/100.000 por año. Predomina en mujeres en la quinta década¹. La pérdida de LCR puede ser iatrogénica, traumática o espontánea.

El diagnóstico clínico se basa en la característica ortostática de la cefalea, aunque en ocasiones puede no estar presente. Otras manifestaciones pueden ser vómitos, acúfenos y parálisis de nervios craneales.

La presión de apertura del LCR suele ser baja pero su normalidad no descarta el diagnóstico². El análisis físico-químico

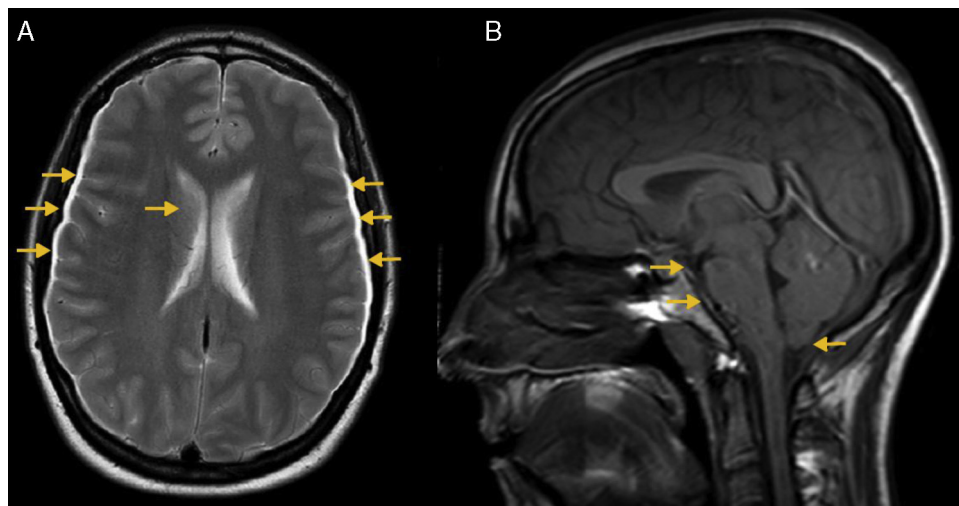


Figura 1 – A) Corte axial T2. Las flechas muestran la disminución asimétrica del tamaño ventricular y las colecciones subdurales bilaterales. B) Corte sagital T1. Las flechas señalan la disminución de tamaño de cisternas peritroncales, aplanamiento de la cara anterior de la protuberancia, descenso limítrofe de amígdalas cerebelosas y amontonamiento «crowding» de estructuras de la fosa posterior.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mhawkes@fleni.org.ar (M.A. Hawkes).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2015.02.002>

1853-0028/© 2015 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

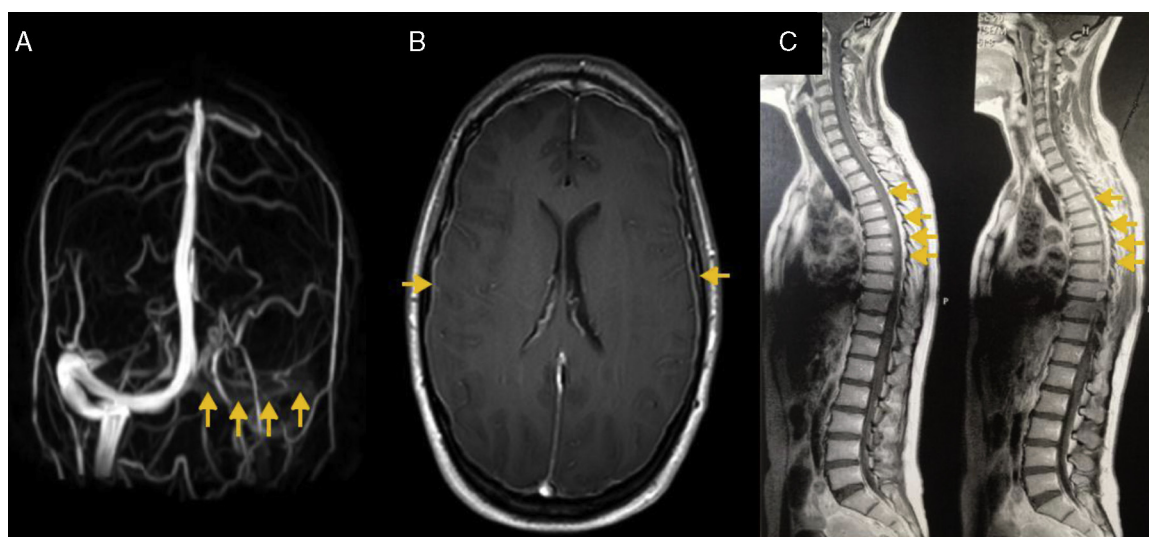


Figura 2 – A) Angiorresonancia venosa que muestra la ausencia de flujo en seno lateral izquierdo. B) Corte axial T1 con gadolinio. Las flechas muestran el realce paquimeníngeo. C) Corte sagital T1 de columna. Las flechas señalan el hematoma epidural posterior entre D3 y D9.

puede arrojar pleocitosis linfocítica e hiperproteinorraquia.² La trombosis venosa cerebral es una complicación de este cuadro². El hallazgo de hematomas epidurales espinales no es frecuente, pero ha sido reportado³.

Se presenta el caso de una mujer de 43 años, que comenzó a presentar cefaleas ortostáticas 15 días luego de haber presentado dolor dorsal súbito durante la práctica deportiva. La resonancia magnética mostró descenso cerebral «sinking» evidenciado por disminución del tamaño ventricular, higromas bilaterales, aplanamiento de la cara anterior de la protuberancia, disminución de tamaño de las cisternas, descenso de las amígdalas cerebelosas y amontonamiento «crowding» de estructuras en la fosa posterior, trombosis del seno lateral izquierdo y refuerzo paquimeníngeo tras la administración de contraste. El estudio de la columna mostró hematoma epidural dorsal (figs. 1 y 2).

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schievink WI. Spontaneous spinal cerebrospinal fluid leaks and intracranial hypotension. *JAMA*. 2006;295:2286–96.
2. Mokri B. Spontaneous low pressure, low CSF volume headaches: Spontaneous CSF leaks. *Headache*. 2013;53:1034–53.
3. Cha KH, Cho TG, Kim CH, Lee HK, Moon JG. Spinal epidural hematoma related to intracranial hypotension. *Korean J Spine*. 2013;10:203–5.