

P0075 - SÍNDROME DE HIPOTENSIÓN INTRACRANEAL EN NEUROCIRUGÍA. NUESTRA CASUÍSTICA

M. Rico Cotelo, D. Zambrano Castaño, I.J. Gilete Tejero, J. Mata Gómez, A.M. Falcón García, G. Gámez-Leyva Hernández y M. Ortega Martínez

Hospital Universitario San Pedro de Alcántara, Cáceres, España.

Resumen

Objetivos: La etiología del Síndrome de hipotensión intracraneal espontánea es desconocida en la mayoría de los casos o se asocia a traumatismos banales. El diagnóstico clínico de sospecha es fundamental. Nuestro objetivo ha sido realizar un análisis descriptivo de los casos diagnosticados, tratados y en seguimiento en el Servicio de Neurocirugía de nuestro Centro, poniéndolos en correlación con los hallazgos radiológicos y proponiendo, además, un consenso sobre el tratamiento neuroquirúrgico, basándonos en la bibliografía disponible.

Métodos: Presentamos tres casos de Síndrome de hipotensión intracraneal espontánea seguidos de forma prospectiva durante 2 años, con diferente sintomatología inicial, diagnóstico de imagen, evolución, complicaciones y tratamiento. Asimismo, realizamos un resumen de la bibliografía de interés al respecto.

Resultados: El Síndrome de hipotensión intracraneal espontánea se presentó, en todos los casos, como un cuadro clínico diferente, siendo de inicio insidioso y debutando como cefalea asociada a datos clínicos de alarma en el 100% de nuestros pacientes. El diagnóstico de presunción se apoyó en signos radiológicos no patognomónicos pero de alta especificidad. Se realizaron estudios por RMN y TAC, apoyados por cisternogrammografía que, en algunos casos, confirmó el diagnóstico. Se siguió un sencillo esquema para las actuaciones terapéuticas, según la bibliografía disponible, exponiendo aquí los resultados.

Conclusiones: El síndrome de hipotensión intracraneal espontánea constituye una causa importante de cefalea en la población adulta. La mayoría de los casos no llegan a nuestra consulta, siendo Neurocirugía la especialidad de referencia para el tratamiento de los casos más graves y/o complicaciones asociadas. El diagnóstico clínico de sospecha es fundamental, apoyándose en signos radiológicos no patognomónicos pero de alta especificidad. El tratamiento con parche hemático debe reservarse para los casos más graves y refractarios, siendo de elevada eficacia y asociándose a un índice bajo de complicaciones. El tratamiento por parte de un equipo multidisciplinar es fundamental en esta entidad clínica.