



# Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

## C0366 - HEMATOMA SUBDURAL COMO CLAVE DIAGNÓSTICA DE HIPOTENSIÓN INTRACRANEAL ESPONTÁNEA: SERIE DE CASOS

E.M. Negro Moral, N. Peláez Viña, S. Khalil Rodríguez y J. Solivera Vela

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

### Resumen

**Objetivos:** La tríada: cefalea ortostática, hipotensión de líquido cefalorraquídeo y realce meníngeo en RM craneal son las características clásicas del síndrome de hipotensión intracraneal. Entre las etiologías descritas destacan anomalías del tejido conectivo o divertículos meníngeos que condicionan debilidad dural con fuga de líquido facilitada por un precipitante, trauma menor, maniobra de Valsalva o fístula venosa. La localización más frecuente es cervicotorácica.

**Métodos:** Presentamos 5 casos: 1) Varón 47 años con cefalea ortostática, presión 8 cmH<sub>2</sub>O LCR. Higroma izquierdo. RM espinal sin fuga. Buena evolución clínica, no intervenido. 2) Varón 55 años con paragangliomas múltiples, con cefalea ortostática y bradipsiquia. Hematoma subdural derecho con desplazamiento de línea media. Se interviene. Buena evolución. 3) Varón 39 años cervicalgia traumática, alteración de comportamiento y crisis epiléptica. Hematoma subdural bilateral con hemorragia subaracnoidea pontina. Se evacúan. Evolución insidiosa, parche hemático en dos ocasiones con mejoría. 4) Varón 38 años cervicalgia postesfuerzo y cefalea ortostática. Hematoma subdural izquierdo. Mejoría con parche hemático y analgésicos. No intervenido. 5) Varón 53 años con cefalea brusca e inestabilidad. Hematoma subdural bilateral. Mielografía: fuga LCR unión cervicotorácica. No intervenido. Parche hemático.

**Resultados:** Presentamos una serie de casos con hematoma subdural secundario a hipotensión de LCR. En dos casos se evacúan los hematomas de acuerdo a criterios clínicos-radiológicos, uno de los pacientes precisó además colocación de parche hemático. En tres casos se optó por colocación de parche hemático y observación.

**Conclusiones:** Es esencial el diagnóstico precoz en este síndrome tratable. Lo particular de esta serie es la existencia de hematoma subdural como clave diagnóstica. Los criterios incluyen: cefalea con hipotensión de LCR inferior a 60 cmH<sub>2</sub>O y hallazgos en RM (realce meníngeo, engrosamiento de senos venosos, descenso de diámetro anteroposterior, disminución de cisternas o hematomas subdurales por su ruptura de venas comunicantes).