



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

C-0214 - FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO POR DESGARRO DURAL EN EL FORAMEN C1-C2. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

A. Álvarez-Sala de la Cuadra, N. Frade Porto, P. González Tarno, A. Martín, A. Madero, G. Blasco-García de Andoain, M. Navas, R. Gil Simoes, M.E. Capilla, A. Barbosa, J. Vega y J. Fernández Alén

Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España. Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: El síndrome de hipotensión intracraneal espontáneo (SIH) es una entidad clínica inusual, en la cual diagnóstico y tratamiento pueden ser desafiantes, limitándose este al fracasar en la localización del punto de fístula. Más del 50% de los pacientes presentan una localización espinal anterior, siendo el diagnóstico en otras localizaciones complejo. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de SIH secundario a desgarro dural a nivel del foraminal distal C1-C2.

Métodos: Varón de 56 años, sin antecedentes de interés que acude a urgencias por diplopía binocular e hipoacusia izquierda súbitas. Se realiza angioTC cerebral, RM cerebral y cervical con hallazgos compatibles con hipotensión de LCR, sin evidenciarse punto de fístula. Se realiza parche hemático epidural lumbar sin incidencias y el paciente es dado de alta, con reingreso posterior por cefalea ortostática y vómitos con persistencia de alteración en pares craneales previa. En TC craneal se visualizan hematomas subdurales bilaterales con focos de sangrado agudo, que se evacúan quirúrgicamente. Se decide en ese momento realización de mielografía TC en decúbito lateral, donde se evidencia desgarro dural a nivel foraminal distal C1-C2.

Resultados: El paciente fue intervenido quirúrgicamente previa colocación de drenaje lumbar, mediante abordaje cervical posterior guiado por neuronavegación. Se identificó punto de fístula a nivel foraminal C1-C2 y sellado mediante Tissucol y plastia muscular. Se mantuvo drenaje lumbar durante 7 días sin evidenciarse complicaciones. Se realizó mielografía TC posoperatoria sin persistencia de fístula. El paciente presentó adecuado control de la cefalea sin nuevos episodios de hemorragia intracraneal, por lo que fue dado de alta a domicilio. En el seguimiento ambulatorio ha presentado mejoría parcial de tinnitus y paresia VI PC.

Conclusiones: Este caso muestra los desafíos en el diagnóstico y el papel clave de las pruebas de imagen en la identificación de la fístula de LCR.