

<b>Caso</b>	(694) Síndrome de hipotensión licuoral: otras causas de cefalea en paciente migrañosa
<b>Autores</b>	Rebeca Sigüenza González, Sara Carmen Parrado García, Elena Nuñez Miguel, Reyes Pettruzzella Lacave, Alicia Matilla Muñoz, Laura Casadiego Matarranz
<b>Centro</b>	Hospital Clínico Universitario De Valladolid

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 31 años con diagnóstico de migraña sin aura desde los 16 años.

Acudió a urgencias refiriendo intensa cefalea frontal holocraneal de 2 días de evolución que empeora al incorporarse y en bipedestación, asociando vómitos, con mala respuesta a su analgesia habitual. Como antecedente reciente presenta infiltración anestésica en nervios occipitales hace 5 días y discografía L4-L5 y L5-S1, realizada hace 3 días en centro privado.

A su llegada a urgencias se realizaron analítica y tomografía computarizada cerebral que resultaron normales. Dado el contexto clínico se ingresó a la paciente. Durante su ingreso, se programó resonancia magnética (RM) cerebral y de columna cervical-dorsal-lumbar.

Los hallazgos de la RM cerebral fueron compatibles con un cuadro de hipotensión licuoral: hipófisis globulosa e hiperémica (C); signos de descenso amigdalario y del esplenio del cuerpo calloso(D); aplanamiento de la porción ventral de la protuberancia (B); realce paquimeníngeo (A).

En la RM espinal se objetivó un realce lineal epidural L3 a L5 como signo indirecto de fuga de líquido cefalorraquídeo (LCR), causante del cuadro de hipotensión licuoral.

Se realizó tratamiento conservador, objetivando una evolución favorable, con mejoría de la cefalea y desaparición de los síntomas vestibulares, por lo que la paciente fue dada de alta.

## DISCUSIÓN

El Síndrome de Hipotensión intracraneal es un síndrome de etiología y presentación clínica variable causada en la mayoría de los casos por fuga de LCR a través del saco tecal. Se caracteriza por unos hallazgos en imagen (RM) secundarios a la depleción del mismo.

Clínicamente cursa con cefalea frontal y occipito-cervical con clara relación postural, que empeora en bipedestación y mejora con el decúbito (cefalea ortostática). Los hallazgos de imagen serán secundarios a:

1. Aumento del volumen sanguíneo, representado por el engrosamiento y realce difuso de la duramadre, las colecciones subdurales, el aumento de tamaño de la hipófisis, la distensión venosa y la dilatación de las venas epidurales espinales.

2. Depleción del líquido cefalorraquídeo, condicionando el descenso rostro-caudal del encéfalo y la disminución del tamaño de los ventrículos, de las cisternas y surcos corticales.

Aunque para el diagnóstico, es imprescindible la medición de la presión de apertura del LCR, la RM es la principal prueba de imagen para alcanzar el diagnóstico. El hallazgo característico de la RM craneal es el realce dural paquimeníngeo, tras la administración de contraste intravenoso. No obstante, el resto de hallazgos, en correlación con el contexto clínico son suficientes para alcanzar el diagnóstico y orientar el correcto manejo terapéutico de estos pacientes.

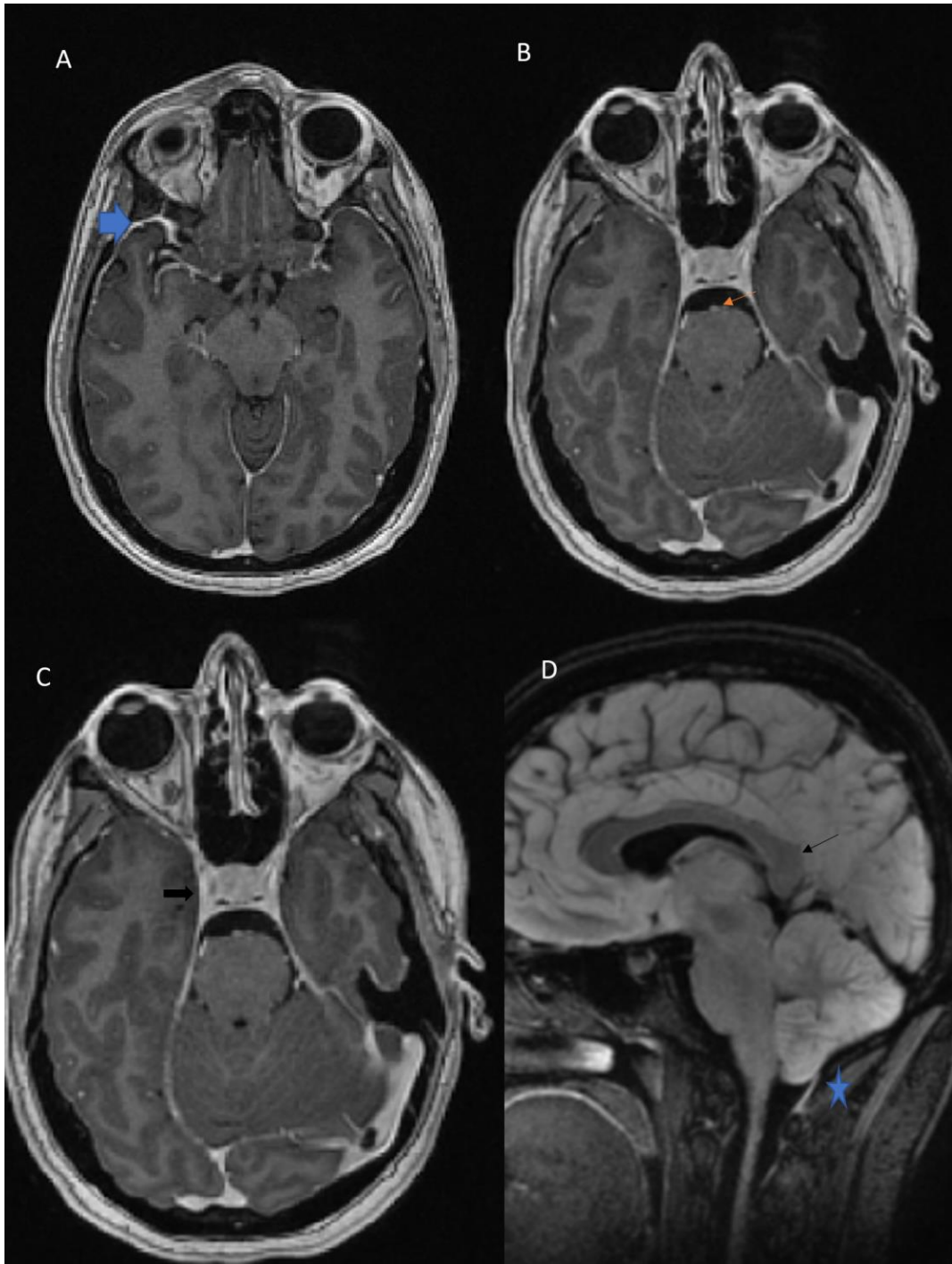
Con respecto al tratamiento, las medidas conservadoras suelen ser la primera opción (reposo en decúbito supino, dieta rica en sal, hidratación, cafeína vía oral...), como sucedió en el caso expuesto.

El siguiente escalón terapéutico es la colocación de un parche hemático epidural y como última opción está el tratamiento quirúrgico.

En el caso presentado, a pesar de la ausencia de algunos hallazgos característicos como la presencia de colecciones subdurales, el resto de signos radiológicos permitieron orientar el manejo terapéutico precoz y no invasivo de una paciente "migrañosa" con cefalea causada por una entidad no habitual.

## **CONCLUSIÓN**

La hipotensión licuoral es un trastorno raro, siendo frecuentemente infradiagnosticada, principalmente en el caso de pacientes con cefalea habitual. Por ello es importante pensar en ella y aunar el contexto clínico con los hallazgos por imagen (RM) para alcanzar un diagnóstico precoz y orientar el manejo terapéutico.



A. RM axial T1 con contraste intravenoso: característico realce paquimeníngeo de la hipotensión licuoral (flecha gruesa azul). B. RM axial T1 con contraste intravenoso: aplanamiento ventral protuberancial (flecha fina naranja). C. RM axial T1 con contraste intravenoso: glándula hipófisis globulosa e hiperémica (flecha gruesa negra). D. Sagital T2 FLAIR: descenso del esplenio del cuerpo calloso (flecha fina negra) y amigdalas (estrella).

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders: 3rd edition. *Cephalalgia* 2013;33(9):629-808
2. C.Gonzalez Gonzalez: Hallazgos radiológicos en el SHI *Rev.Neurología* 2009;49(2):100-101
3. M Tosaka et al: diffuse Pachymeningeal hyperintensity and Subdural effusion/hematoma Detected by Fluid-Attenuated Inversion Recovery MR Imaging in patients with spontaneous intracranial Hypotension. *AJNR Am J Neuroradiology* 2008;29:1164-70
4. Elke Wiesemann et al: Spontaneous Intracranial Hypotension: Correlation of Imaging findings with clinical features. *Eur Neurol* 2006;56:204-210