

PARCHE HEMÁTICO EPIDURAL COMO TRATAMIENTO DE LA CEFALEA SECUNDARIA A HIPOTENSIÓN INTRACRANEAL ESPONTÁNEA

Marcaida Salazar A, García Pérez E, Gil Tenjido S, Velasco Oficialdegui C, Latorre Esteban S, Gómez Vega C, Taborcia Martínez de Luco S.

INTRODUCCIÓN

La cefalea por hipotensión intracraneal espontánea es una condición poco común, causada por la pérdida de líquido cefalorraquídeo (LCR), que se diferencia de la cefalea post-punción dural u otras cefaleas que cursan con hipotensión intracraneal porque carece de un antecedente traumático claro o historia de punciones dures o epidurales previas. La etiología, por tanto, es desconocida, y el diagnóstico, de exclusión; se cree que puede ser debido a brechas en la duramadre, posiblemente causadas por traumatismos leves o trastornos estructurales de los tejidos conectivos, resultando en una disminución de la presión intracraneal y de la flotabilidad y soporte cerebrales, lo que desencadena la sintomatología característica del cuadro, que consiste en: cefalea, que los pacientes describen como opresiva, predominantemente occipital, y que fluctúa con los cambios posturales, siendo mayor en la bipedestación y sedestación, con alivio total o parcial con el decúbito supino, y que se agrava con aquellas maniobras que pudieran aumentar la pérdida de LCR, como lo son las maniobras de Valsalva.

El parche hemático epidural (PHE) resulta una opción terapéutica efectiva y mínimamente invasiva, con tasas de éxito significativas, a considerar cuando fallan otros tratamientos conservadores y farmacológicos tras dos semanas de terapia. Consiste en la inyección de sangre autóloga en el espacio epidural, bajo condiciones de asepsia, para formar un coágulo que actúa como tapón y sella la posible fuga de LCR, aumentando la presión intracraneal y aliviando los síntomas. Aunque la mayoría de los parches epidurales se realizan a nivel toraco-lumbar con resultados satisfactorios, en situaciones específicas donde la fuga es craneal o cervical, o el parche a niveles inferiores no ha sido efectivo, se han descrito tasas mayores de éxito al realizarlo a nivel cervical, con control radioscópico para garantizar la seguridad de la técnica, sin un aumento significativo del riesgo o de los efectos adversos ⁽³⁾.

MOTIVO DE CONSULTA

Se realiza una interconsulta a nuestra Unidad desde el Servicio de Neurología para valoración y posible realización de parche hemático epidural en una paciente en seguimiento por cefalea secundaria a hipotensión cerebral espontánea persistente pese al tratamiento.

ANTECEDENTES PERSONALES

Se trata de una mujer de 41 años, ex-fumadora y consumidora de alcohol ocasional. Entre sus antecedentes médicos destacan omalgia izquierda en seguimiento por el Servicio de Rehabilitación y trastorno de ansiedad en seguimiento por Psiquiatría. Intervenido de hernioplastia umbilical e inguinal bilateral y reducción mamaria.

CUADRO CLÍNICO DE DOLOR

El cuadro de dolor que describe la paciente consiste en una cefalea occipital opresiva, de predominio vespertino, que empeora con la bipedestación o sedestación prolongadas y maniobras de Valsalva, y que mejora con el decúbito supino, limitando su actividad diaria de forma considerable. Ante la sospecha de un cuadro de hipotensión intracraneal espontánea, sin antecedentes de punción lumbar o epidural previa, se llevan a cabo una serie de exploraciones complementarias para descartar otras posibles causas etiológicas que podrían explicar los síntomas presentados por la paciente. Entre otras, se solicita una resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral, con hallazgos radiológicos compatibles con el cuadro de hipotensión cerebral, tales como disminución de la distancia mamilopontina, engrosamiento difuso y liso de la duramadre y realce de contraste paquimeningeal. Por lo tanto, ante la evidencia expuesta, se decide realizar un parche hemático epidural no dirigido, a nivel T6-T7, mediante la técnica de pérdida de resistencia, con nula mejoría por parte de la paciente.

Tras reevaluar a la paciente en consulta y comentar el caso en sesión clínica, semanas después se realiza un segundo parche hemático epidural, esta vez dirigido, a nivel cervical, C6-C7. La técnica se realiza en quirófano, con aguja Tuohy 18G, guiado por radioscopia y mediante la técnica de pérdida de resistencia, con un volumen máximo de sangre autóloga de 10ml, esta vez con notoria mejoría del cuadro y mayor y progresiva tolerancia a la sedestación y bipedestación.

Después de varios meses, la paciente continúa siendo atendida en nuestra unidad médica, y aún no presenta síntomas de cefalea.

CONCLUSIONES

Esta experiencia resalta la importancia del diagnóstico preciso y la consideración de tratamientos especializados como el parche hemático epidural, no dirigido o dirigido, como a nivel cervical, en casos de cefalea por hipotensión intracraneal espontánea, siendo ésta una técnica segura y eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

- Cheema S, Anderson J et al. Multidisciplinary consensus guideline for the diagnosis and management of spontaneous intracranial hypotension. *Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2023;94:835-843.
- Zetlaoui PJ, Buchheit T et al. Epidural blood patch: A narrative review. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2022;41(5):101138.
- Kapoor SG, Ahmed S. Cervical Epidural Blood Patch - A Literature Review. *Pain Med*. 2015;16:1897-1904.

