



MAGNIFIC

Cuando el dolor de cabeza o de cuello esconde una hipotensión intracraneal

► La fuga de líquido cefalorraquídeo causa esta enfermedad poco conocida, pero muy incapacitante

Belén Tobalina. MADRID

La hipotensión intracraneal espontánea se produce cuando hay una fuga de líquido cefalorraquídeo, que es el líquido que rodea y protege el cerebro y la médula espinal. «En la mayoría de los casos, esa pérdida se debe a una fuga en la columna. Al disminuir el líquido, el cerebro pierde parte de su

soporte natural y aparece, sobre todo, un dolor de cabeza muy característico. Dicho de forma sencilla: no es solo tener la tensión baja en la cabeza, sino una alteración del sistema que protege y amortigua el cerebro», explica el doctor Claudio Rodríguez Fernández, neurorradiólogo intervencionista del Hospital Universitario Quirónsalud Madrid y jefe del Departamento de Neurorradiología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Y aunque se suela pensar que sucede fruto de un golpe o de un traumatismo, «lo cierto es que puede aparecer en personas sanas y sin una causa evidente», aclara.

El síntoma más característico, como decía el doctor, es el dolor de cabeza. En concreto un dolor

que empeora al estar de pie y mejora al acostarse.

«Esa cefalea «ortostática» es una pista muy importante para el diagnóstico. Pero no siempre se presenta de forma tan clara. Y en algunos pacientes, sobre todo si el problema se prolonga en el tiempo, el dolor puede hacerse más continuo y perder esa relación tan evidente con la postura», precisa el neurorradiólogo intervencionista. De modo que el diagnóstico se complicaría.

Además de este síntoma, los pacientes, según el doctor Rodríguez Fernández, pueden presentar «dolor de cuello, mareo, náuseas, alteraciones auditivas, zumbidos en los oídos, visión borrosa o doble, inestabilidad, cansancio intenso e incluso dificultad para concentrarse».

Por eso «a veces se confunde con migraña, con problemas cervicales o con trastornos del oído. El reto, por tanto, está en pensar en esta enfermedad a tiempo», insiste el especialista.

Un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado frente a la hipotensión intracraneal espontánea pueden marcar la diferencia en la calidad de vida de los pacientes. El diagnóstico puede ser complicado, ya que la presión del líquido cefalorraquídeo en una punción lumbar puede ser normal en muchos casos. Por ello, la neu-

El dolor de cabeza postural es el síntoma más frecuente de esta afección poco conocida

4-5

Se estima que se diagnostican cada año entre 4 y 5 casos por cada 100.000 habitantes

20-65

Suele afectar a adultos de entre 20 y 65 años, y tiene un pico de incidencia a los 40 años

2:1

Es al menos el doble más frecuente en mujeres que en hombres, según la literatura científica

roimagen juega un papel fundamental. La resonancia magnética cerebral con contraste puede mostrar signos característicos como realce difuso de las meninges, colapso de las cisternas basales y descensos de las estructuras cerebrales.

Tratamientos

En cuanto a los tratamientos, estos dependen de la causa y también, como incide el experto, «del lugar exacto de la fuga».

«En los casos leves –prosigue–, se puede empezar con medidas conservadoras como reposo relativo, hidratación, cafeína y tratamiento del dolor. Cuando eso no es suficiente, el tratamiento más conocido es el parche hemático epidural, que consiste en inyectar sangre del propio paciente para intentar sellar la fuga».

En casos más complejos, cuando se puede localizar el sitio de la fuga, puede ser necesaria una cirugía dirigida para cerrarla. «Si se identifica bien el punto exacto, pueden hacerse tratamientos dirigidos, e incluso en algunos casos recurrimos a técnicas más avanzadas, como embolización o cirugía», detalla.

«Además, los avances tecnológicos, como la tomografía computarizada photon counting, suponen grandes ventajas, ya que nos permiten una localización de gran precisión al poder ver estructuras milimétricas; realizar un 'parche dirigido', inyectando el sellador exactamente en el nivel vertebral donde está la fuga, y reducir la dosis de radiación y de contraste necesaria por su alta sensibilidad, algo vital en pacientes que requieren múltiples pruebas de seguimiento», añade el doctor Rodríguez Fernández.

En definitiva, es una enfermedad tratable destaca el especialista: «En muchos casos tiene solución. El pronóstico depende del tipo de fuga, del tiempo que se tarda en diagnosticar y de si logramos tratar la causa concreta. Hay pacientes que mejoran con medidas sencillas o con un parche hemático, y otros necesitan procedimientos más específicos».

«Existe tratamiento y en una parte importante de los pacientes se consigue una mejoría clara o incluso la curación. El problema es que muchas veces se tarda en reconocerla, y ese retraso puede complicar la evolución y en algunos tipos de fuga disminuir la tasa de curación», concluye el doctor. De modo que si tiene un dolor de cabeza que mejora cuando se acuesta y persiste sin explicación clara, consulte con un especialista en cefaleas o de neurología.