

Cefalea en urgencias: utilidad de las neuroimágenes y la clasificación “SIC”

Joe F. Muñoz, Ignacio Salgado, Juan C. Ortiz, Leonidas Borrero

RESUMEN

El hematoma subdural puede ocasionar una imagen tomográfica de aspecto normal, lo que causa confusión en la práctica clínica.

Como la clínica de esta entidad es variable y poco típica, discutimos un caso de cefalea, por hematoma subdural atendido en las urgencias; resaltando la importancia de usar la clasificación de la Sociedad Internacional de Cefaleas y de emplear la resonancia magnética en el diagnóstico del dolor de cabeza en la práctica diaria de la neurología y la neurocirugía (*Acta Neurol Colomb 2005;21:216-218*).

PALABRAS CLAVES: cefalea, hematoma subdural, resonancia magnética.

SUMMARY

Subdural haematoma with apparent negative CT scan images is cause of pitfalls in clinical setting, especially in emergency room. Considering that clinical findings are atypical in this entity we present a patient and discuss the relevance of magnetic resonance images (MRI) and International Headache Society (IHS) classification in the diagnosis of headache in daily practice of neurology and neurosurgery (*Acta Neurol Colomb 2005;21:216-218*).

KEY WORDS: headache, subdural hematoma, magnetic resonance.

Recibido: 08/06/05. Revisado: 15/06/05. Aceptado: 10/07/05.

Joe Fernando Muñoz Cerón, Residente III Servicio Neurología. Ignacio Salgado, Neurólogo. Juan Carlos Ortiz Muñoz, Residente III Servicio Neurocirugía. Leonidas Borrero Borrero, Radiólogo. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Hospital de San José.

Correspondencia: Hospital de San José, Servicio de Neurología. Teléfono: 3538000 ext. 146 e-mail: joe.fernando.munoz@www.fucs.salud.edu.co

INTRODUCCIÓN

El hematoma subdural crónico es una entidad descrita desde el siglo XVII (1). En la actualidad a pesar de una mayor disponibilidad de la TC, existe un grupo de pacientes en los cuales la presencia de factores como el tiempo de evolución genera dificultad en la identificación radiológica de este tipo de lesiones debido a su apariencia isodensa. Presentamos el caso de una paciente joven con síndrome de dolor craneo facial por hematoma subdural en quien el estudio de TC no permitió realizar un diagnóstico preciso, siendo necesario el empleo de IRM en la identificación de la lesión. Adicionalmente mencionamos la importancia del uso de la clasificación SIC en el enfoque de los síndromes de dolor craneo facial sugiriendo la necesidad de estudios complementarios en aquellos pacientes que no ajusten a los criterios clínicos diagnósticos de cefalea primaria.

Presentación del caso. Mujer de 36 años, docente, quien luego de múltiples valoraciones extrainstitucionales con diagnóstico de migraña y sin respuesta a AINEs fue referida a urgencias de neurología con cuadro de 12 días de evolución de dolor craneo opresivo, continuo, global, de intensidad moderada sin asociarse a fiebre, náuseas, emesis, foto o sonofobia.

Los antecedentes personales no mostraban cuadros similares. El resto de su historia médica no guardaba relevancia en el cuadro actual.

La exploración física mostró signos vitales normales, con examen general sin alteraciones. En la valoración neurológica las funciones mentales superiores se encontraron dentro de parámetros adecuados. La revisión de pares craneales mostró como único hallazgo la ausencia de pulso venoso. Los demás componentes del examen neurológico fueron normales.

Con los datos anteriores se consideró el diagnóstico de síndrome de dolor cráneo facial sin criterios SIC para cefalea primaria, razón por la cual se hospitalizó para estudio con impresión diagnóstica de síndrome de hipertensión endocraneana.

En este momento se revisó el estudio de TC (Figura 1) que con la excepción de imágenes sugestivas de disminución en los espacios subaracnoideos y cisternales así como con cambios sutiles en la línea media, no permitía establecer el diagnóstico preciso de lesión intra o extra axial.

Doce horas luego de la admisión la paciente presentaba persistencia de la cefalea asociada con emesis y deterioro del estado de conciencia.

Se realizaron RM (Figuras 2 y 3) simple y contrastada con el diagnóstico clínico de hipertensión endocraneana y sospecha de trombosis de senos venosos. El estudio evidenció hematoma subdural hemisférico bilateral subagudo con signos de resangrado, razón por la cual se realizó drenaje con evolución postoperatoria adecuada, permitiendo seguimiento ambulatorio tres días después sin presentar secuelas inmediatas.

DISCUSIÓN

El 83% de los hematomas subdurales crónicos se presenta en pacientes mayores de 40 años, siendo la octava década la de mayor incidencia. Este fenómeno esta favorecido por la pérdida de volumen cerebral propia del envejecimiento

que permite un mayor efecto de los traumas por aceleración y desaceleración sobre las venas puentes parasagitales que ocupan el espacio subdural (1).

Aunque el diagnóstico no presenta un alto grado de dificultad en los casos de imágenes hipo o hiperdensas en el estudio de TC, es posible plantear causas diferenciales que generan confusión cuando se trata de hematomas en la segunda o tercera semana de evolución, los cuales se observan isodensos y se reportan como normales en el 10% de los casos. Parte de esta complejidad diagnóstica está basada además en la menor probabilidad en pacientes jóvenes de observar signos indirectos de edema como borramiento de surcos y deformidad de los espacios ventriculares (3-5).

Se debe resaltar en este caso la importancia del uso de la clasificación SIC en la diferenciación de pacientes con cefalea primaria y secundaria (6). De esta forma la experiencia clínica muestra cómo la ausencia de criterios completos para cefalea primaria (migraña, cefalea tipo tensión, cefalea en racimos) nos debe alertar y orientar en la búsqueda de alternativas diagnósticas.

Este caso muestra además la importancia del uso de RM como elemento diagnóstico de patologías no asociadas a trauma. Se confirma la necesidad de convertir en un recurso disponible en la atención de urgencias, permitiendo así una disminución de costos y agilizando el proceso diagnóstico y terapéutico de este tipo de pacientes.

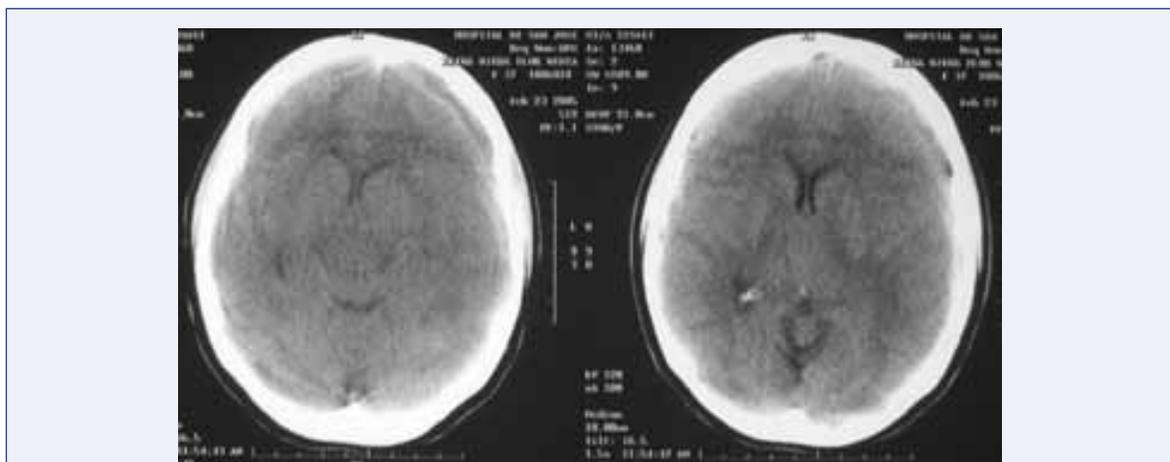


FIGURA 1. TAC CRÁNEO SIMPLE. DISMINUCIÓN DE LOS ESPACIOS SUBARACNOIDEOS Y CISTERNALES.

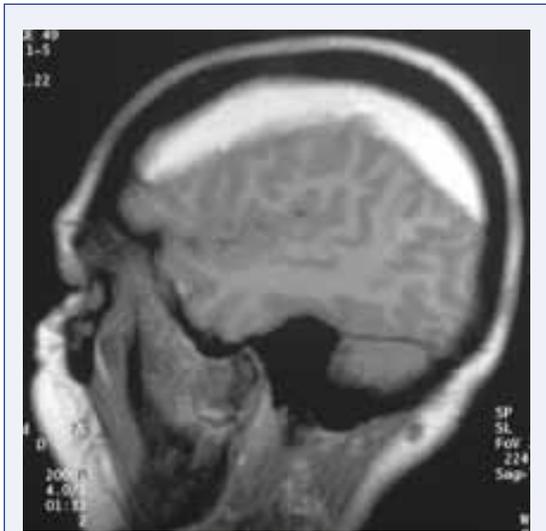


FIGURA 2. RM SAGITAL T1. IMAGEN HIPERINTENSA FRONTOPARIETAL CORRESPONDIENTE A SANGRADO SUBAGUDO.

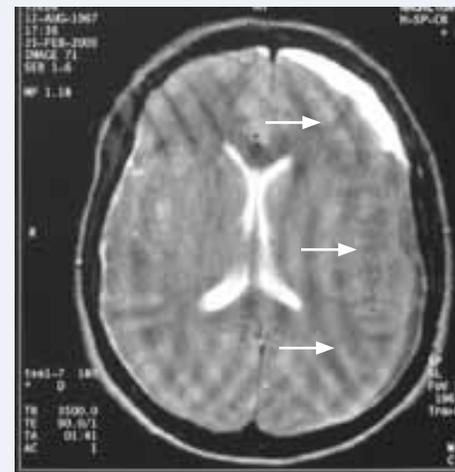
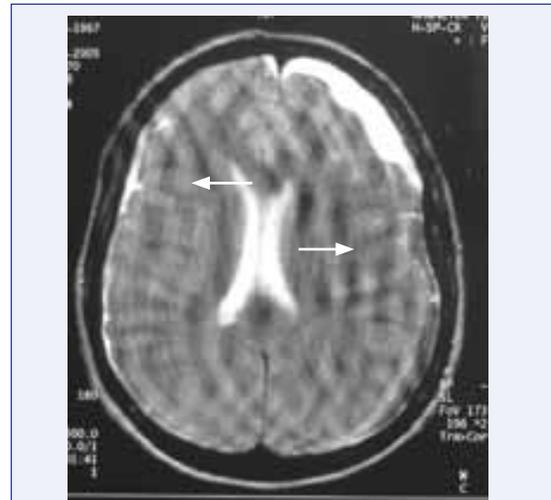


FIGURA 3. RM T2 CON IMÁGENES ISO E HIPERINTENSAS. FRONTO PARIETO OCCIPITALES BILATERALES (FLECHAS). ARTEFACTOS DE MOVIMIENTO CAUSADOS POR LA AGITACIÓN DE LA PACIENTE.

REFERENCIAS

1. Weir B. The osmolarity of subdural hematoma fluid. *J Neurosurg* 1971;34: 528-533.
2. Apuzzo MJ. Brain surgery. London: Churchill Livingstone; 1993:1299-1314.
3. Shields CB, Suites TB, Garretson HD. Isodense subdural hematoma presenting with paraparesis. *J Neurosurg* 1980; 52:712-714.
4. Markwalder TM. J. Chronic subdural hematoma: a review. *J Neurosurg* 1981;54:637-645.
5. Case submitted from the University of South Alabama Headache Center. Headache from chronic subdural hematoma: negative CT positive MRI. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2004; 44:623-623.
6. Headache classification committee of the international Society: Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*. 2004; 24 s1 : 8-160.