Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):48

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2371 - CEFALEA POR HIPOTENSIÓN INTRACRANEAL ESPONTÁNEA

C.A. Carrillo Chimbo[a], R. Fernández Alonso[a], Y. Fernández Ramírez[a], D. Fernández Suárez[a], I.E. Ferrero Fernández[a], S. Francesena González[a], L. González González[a], P. González-Quirós Fernández[b], C. Martínez Llana[b] y M.M. Padilla Suraña[b]

[a]Médico de Familia; [b]Médico de Familia. Urgencias. Hospital Valle del Nalón. Langreo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 41 años, sana, derivada por su MAP, refiere que hace 8 días tras giro cervical, nota dolor tipo latigazo desde región occipital a zona parietal que cede en minutos, persistiendo leve dolor frontoorbitario derecho, sin mejoría con AINEs. Al día siguiente cefalea holocraneana intensa, continua, sin datos vegetativos ni neurológicos asociados que casi desaparece en decúbito pero empeora al levantarse, sin otros factores agravantes. Se pauta ibuprofeno, tramadol/paracetamol sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: FO normal, no soplos craneales. Temporales normales. Movilidad cervical pasiva sin dolor. Lenguaje normal. Pupilas y pares normales. Vías largas normales con ROT++ simétricos y RCP flexores. No dismetría cerebelosa. Marcha estándar y en tándem normales. Resto de exploración anodina. Analítica normal. TAC craneal normal. Frente a la sospecha clínica de cefalea por posible hipotensión intracraneal espontanea se inicia tratamiento con cafeína y reposo, solicitando IC con Neurología para completar estudios. Interconsulta Neurología: mejoría tras tratamiento con cafeína y reposo sin necesitar más analgesia. RMN descenso de las amígdalas cerebelosas a través del foramen magno como único signo posible de hipotensión intracraneal.

Juicio clínico: Hipotensión intracraneal espontanea.

Diagnóstico diferencial: Carcinomatosis meníngea, infección meníngea indeterminada, enfermedad granulomatosa o inflamatoria.

Comentario final: La hipotensión intracraneal espontanea se caracteriza por una clínica similar a la cefalea pospunción dural, en algunos paciente se presenta tras estornudos, tos, coitos u otras, más frecuente en mujeres entre la tercera y cuarta década de la vida. La causa más frecuente es la rotura de la aracnoides con salida del LCR hacia el espacio subdural o epidural. El diagnóstico es fundamentalmente clínico una vez descartadas otras causas de cefalea y se confirma con TAC y RMN para tratar de localizar puntos de fuga del LCR. El tratamiento es conservador (reposo en cama en decúbito horizontal), hidratación abundante, cafeína y analgésicos.

Bibliografía

1. Jones W, Kulkarni M, Ravishankar K, Borgstein R, Dupont P. Intracranial hypotension

secondary to spinal arachnoid cyst rupture presenting with acute severe headache: a case report. J Med Case Reports. 2010;4:406.
2. Arjona A, Ortiz J, Blasco M, Saucedo G, et al. Hipotensión intracraneal espontánea. Hallazgos radiológicos. Rev Neurol. 1997;25:1565-8.

Palabras clave: *Cefalea. Hipotensión intracraneal espontanea. RMN.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.