



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

264/196 - ¡AY, QUÉ DOLOR DE CABEZA TENGO!

E. González Márquez^a, M. Pardos Lafarga^b, M. Gragera Hidalgo^c y M. Barrero Martín^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cayetano Roldán. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 42 años sin FRCV que entre sus antecedentes personales presenta jaquecas de forma ocasional que palia con antiinflamatorios y síndrome ansioso depresivo para lo que recibe tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos. Consulta de forma reiterada en atención primaria y en servicio de urgencias por cefalea occipital y cervicalgia de aproximadamente 2 semanas de evolución que se reproduce con la bipedestación, sedestación o el Valsalva y que no se alivia con el tratamiento habitual, solo refiere mejoría en el decúbito. No refiere cirugías ni traumatismos previos. La exploración, la analítica de sangre y TAC craneal que se realizan presentan resultados normales. Se realiza punción lumbar en decúbito lateral con parámetros dentro de los límites normales y en la que tras varios intentos no se consigue medir la presión de salida. Se ingresa para completar estudio y comenzar tratamiento con cafeína y antiinflamatorios además de mantener el reposo en decúbito mejorando su sintomatología completamente.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente, orientada, eupneica en reposo, buen hidratación de piel y mucosas. Auscultación cardiorrespiratorio normal. Exploración neurológica sin focalidad (pupilas isotópicas normorreactivas, músculos oculoexternos con movilidad conservada y simétrica, resto de pares normales, balance motor normal, reflejos conservados, no exaltados y simétricos, sensibilidad conservada y simétrica. Marcha conservada. Romberg negativo. Analítica de sangre sin alteraciones. TAC craneal sin hallazgos patológicos. Punción lumbar con valores dentro de la normalidad. RMN craneal: presenta engrosamiento y realce homogéneo de las paquimeninges sugestivas de hipotensión intracraneal benigna.

Juicio clínico: Cefalea por hipotensión intracraneal espontánea.

Diagnóstico diferencial: Hemorragia subaracnoidea, meningoencefalitis agudas, cefaleas vasculares, cefalea tras ingesta excesiva de alcohol, encefalopatía hipertensiva, trombosis de senos y venas intracraneales, cefalea pospuncional.

Comentario final: El síndrome de hipotensión intracraneal espontánea se presenta más frecuentemente en mujeres. No se conoce la causa por la que se produce. En general, son de buen pronóstico dado que se resuelven de forma espontánea.

Bibliografía

1. Biros MH, Heegaard WG. Lesión en la cabeza. En: Marx J, Hockberger RS, Walls RM, et al, eds. Rosen's Medicina de emergencia: Conceptos y Práctica Clínica, 7th ed. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier; 2009.
2. DeAngelis LM. Los tumores de la hipertensión sistema nervioso central y intracraneal e hipotensión. En: Goldman L, Ausiello D, eds. Cecil Medicina, 23rd ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2007.