



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

387/24 - HOY NO ME PUEDE LEVANTAR

L. Rodríguez Vélez¹, M. Alonso Santiago², P. López Alonso Abaitua³, O. Casanueva Soler², R. Correa Gutiérrez², M. Cobo Rossell⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja Cabuerniga. Cabezón de la Sal. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 25 años, sin hábitos tóxicos, ni factores de riesgo vascular. Antecedente de cefaleas de características tensionales desde la adolescencia, de localización fronto-occipital y carácter esporádico, que relacionaba con el cansancio y el estrés, y que cedían habitualmente con AINE. La paciente consultó por cefalea fronto-occipital más intensa, de inicio opresivo, que se iba agravando progresivamente y que no respondía a AINEs ni diazepam. En alguna ocasión el dolor la había despertado por la noche. Asociaba accesos de dolor pulsátil muy intenso, que se habían acompañado de vómitos. Refería que la cefalea aparecía con la bipedestación y desaparecía completamente al tumbarse. En los últimos días le impedía realizar su vida habitual. En la anamnesis dirigida, refería haber comenzado a hacer aerobic hacía un mes y que previamente al inicio del cuadro tuvo un proceso catarral con tos seca intensa.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura 36 °C, tensión arterial 110/78 mmHg, frecuencia cardíaca 86 lpm, Saturación O₂ 98%. Exploración neurológica: normal. Signos meníngeos negativos. Fondo de ojo normal. Pruebas complementarias: hemograma con VSG: normal. Coagulación: normal. Bioquímica: normal, incluido hormonas tiroideas. RMN craneal: discreto engrosamiento de las paquimeninges de forma homogénea y difusa, hiperseñal en secuencias FLAIR y realce tras la administración de gadolinio. Ligero ingurgitamiento de los senos venosos con disminución del ángulo mesencéfalo-pontino. Ventrículos de pequeño tamaño. No había descenso amigdalar significativo. Glándula hipofisaria normal para la edad de la paciente. Todos los hallazgos descritos eran compatibles con hipopresión intracraneal. RMN medular: pequeñas colecciones laminares epidurales de localización cérvico-dorsal sin expansividad sobre cordón medular. El cuadro clínico era compatible con cefalea ortostática. La evolución neurológica fue favorable con reposo absoluto y dosis generosas de cafeína (Durvitan 900 mg/día + ingesta de café y refrescos). Al alta toleraba la sedestación la mayor parte del día. Se mantuvo tratamiento con reposo relativo, Durvitan 300 mg/8 horas y dexketoprofeno. Posteriormente, desaparición la clínica con resolución completa de las colecciones intrarraquídeas extraaxiales y conservación de morfología y señal de cordón medular.

Juicio clínico: Cefalea por hipotensión de líquido cefalorraquídeo (LCR).

Diagnóstico diferencial: Cefaleas primarias vs cefaleas secundarias (hemorragia subaracnoidea, posttraumática, etc.).

Comentario final: La hipotensión intracraneal es debida a una disminución de la presión del LCR (inferior a 60 cm H₂O). Se manifiesta como cefalea difusa que empeora con la bipedestación/sedestación y mejora con

el decúbito. La causa más habitual es post punción lumbar. Puede existir antecedente de aumento de presión intracraneal (tos vigorosa) o ejercicio intenso. La confirmación mediante RMN muestra realce paquimeningeo (reflejo de baja presión del LCR). El tratamiento es conservador con reposo, rehidratación, cafeína o teofilina y analgésicos.

Bibliografía

Mokri B, Posner JB. Spontaneous intracranial hypotension. The broadening clinical and imaging spectrum of CSF leaks. *Neurology*. 2000;55:1771-2.

IHS International Headache Society. Clasificación internacional de las cefaleas, 2^a ed. *Cephalgia* 2004;S1: S83-84.

Mea E, Chiapparini L, Savoardo M, et al. Clinical features and outcomes in spontaneous intracranial hypotension: a survey of 90 consecutive patients. *Neurol Sci*. 2009;30 S1:S11.