



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

160/2527 - Cefalea con clínica de AIT

C. Terrero Castillo^a, M.H. Cáceres Franco^b, M.T. Hernández Holgado^c, L. Salvo Donangelo^d y N. Pertierra Galindo^c

^aMédico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud Monóvar. Madrid. ^bMédico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud Los Alpes. Madrid.

^cMédico de Familia. Centro de Salud Monóvar. Madrid. ^dMédico Residente de 4^o año. Centro de Salud Monóvar. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 43 años, fumador de 5 cigarrillos/día, con antecedentes de migrañas y rinitis alérgica, que consulta en urgencias por cefalea frontal y retroorbitaria, pulsátil, asociada a náuseas y mareo sin giros de objetos, de una semana de evolución con exploración negativa, incluido TAC craneal. Es dado de alta con tratamiento analgésico. Dos días después consulta en AP por persistencia de cefalea encontrando moco espeso en cavum y presión positiva en senos frontales y maxilares. Se pauta tratamiento con amoxicilina/clavulánico 875 y control a las 48 horas. Ese día es derivado a urgencias por aparición brusca de disartria, parestesias peribuccales y en miembro superior derecho, cefalea continua, con fotofobia y sonofobia.

Exploración y pruebas complementarias: En urgencias evidencian episodios de afasia mixta con comprensión de órdenes simples pero no complejas, jergafasia, parafasias e incapacidad para nominar y repetir, disminución de la sensibilidad táctil. Análisis bioquímico, hemograma, pruebas reumáticas, serología para Borrelia B, sífilis, VHB, VHC, VIH, ECG y Rx tórax resultan normales. Es ingresado en el servicio de neurología para completar estudio con TC-perfusión, angioTC descartando isquemia aguda y defectos de repleción, RM cerebral negativa. Fondo de ojo con borramiento de papila en región nasal del ojo derecho. Se realiza punción lumbar resultando LCR (líquido cefalorraquídeo) claro con pleocitosis linfocitaria: leucocitos 95 cel./mm³, glucosa de 49 mg/dl, proteinorraquia 272,88 mg/dl, microbiología negativa para virus varicela zoster, VEB y herpes 7, gram y antígeno de criptococo negativo. Se inicia tratamiento empírico con analgésicos, cefotaxima y aciclovir. Al tercer día comienza a mejorar. Al sexto, asintomático. Tras descartar otras patologías el paciente fue dado de alta. En los dos meses posteriores el paciente presentó episodios leves de disartria que han desaparecido en la actualidad.

Juicio clínico: Síndrome HaNDL (transient headache and neurologic deficits with cerebrospinal fluid lymphocytosis) Cefalea y déficit neurológico transitorio con pleocitosis linfocitaria en LCR.

Diagnóstico diferencial: Se han considerado causas infecciosas, inmunomediadas y/o tumorales (enfermedad de Lyme, infecciones por micoplasma, neurobrucelosis, neurosífilis, meningitis por HIV, citomegalovirus, meningitis de Mollaret, vasculitis, migraña con aura prolongada, aracnoiditis neoplásica, síndrome de migraña-coma recurrente con edema focal, leucocitosis y ataxia cerebelosa progresiva y migraña hemipléjica familiar).

Comentario final: Este síndrome es una entidad rara, que puede generar inquietud al personal médico e inducir a errores en el pronóstico y evolución de estos pacientes. Conocer sus características clínicas y evolución resulta de utilidad en el diagnóstico diferencial de las cefaleas con alteraciones neurológicas y su

seguimiento entre Atención especializada y Atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barón J, Mulero P, et al. HaNDL syndrome: Correlation between focal deficits topography and EEG or SPECT abnormalities in a series of 5 new cases, Neurologia 2015.
2. Martín-Cascón M, Villaverde-González R, et al Síndrome HaNDL: cefalea y déficit neurológico transitorio con pleocitosis linfocitaria en LCR. Revista Clínica Española, 2015;4:246-7.
3. UpToDate. Lay CL, et al. Syndrome of transient headache and neurologic deficits with cerebrospinal fluid lymphocytosis (HaNDL) [sede web] Aug 2015.