



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/42 - DOLOR DE CABEZA Y LUMBALGIA TRAS CAÍDA. ¿EXISTE RELACIÓN?

C. Niño Azcárate<sup>a</sup>, E. Rodríguez Martín<sup>a</sup>, F. Niño Azcariete<sup>b</sup>, M. Wangüemert Madan<sup>a</sup>, R. Rodríguez Padilla<sup>a</sup> y M. Farraye Caamaño<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Los Cristianos. Santa Cruz de Tenerife. <sup>b</sup>Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio de la Salud. Santa Cruz de Tenerife. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Algete. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 27 años que presenta caída con golpe en columna dorsal y cabeza, acude 2 días después a nuestra consulta refiriendo cefalea holocraneal que empeora con la bipedestación junto con náuseas y dolor a nivel de D7-D8, se deriva para pruebas de imagen que resultan normales, pero ante la persistencia de los síntomas y nuestra sospecha clínica se quita tratamiento analgésico y se recomiendan bebidas con cafeína con clara mejoría. Al cabo de una semana acude por cefalea y visión borrosa derivándose a urgencias ante sospecha de cefalea hipopresiva, confirmándose el diagnóstico, pautan cafeína 300 mg/8h y solicitan RMN para descartar fisura dural. Tras el tratamiento la paciente presenta mejoría de la clínica pero aparición de dolor radicular bilateral L5-S1, se solicita EMG y se inicia tratamiento con pregabalina con mejoría.

**Exploración y pruebas complementarias:** NRL: no signos de focalidad neurológica. TAC craneal y Rx columna dorso-lumbar dentro de límites normales. RMN: quistes intra-sacros con afectación foraminal S1-S2 sugerentes de quistes de Tarlov y medial S2 con lateralización izquierda S2-S3. En ambos casos con remodelación óseas.

**Juicio clínico:** Cefalea hipopresiva postraumática.

**Diagnóstico diferencial:** Hemorragia intracraneal, hematoma subdural o epidural.

**Comentario final:** La cefalea hipopresiva es una patología poco frecuente, caracterizada por una cefalea intensa de aparición brusca que empeora con la bipedestación. Puede asociarse con náuseas, vómitos, mareo y visión borrosa. Se trata de una cefalea secundaria a baja presión intracraneal por pérdida de LCR. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y debemos sospecharlo cuando estemos frente a cefaleas intensas de evolución tórpida con algún antecedente traumático. Su tratamiento suele ser conservador (reposo, ingesta líquidos, cafeína). Cuando existan fisuras puede ser necesario la colocación de parches hemáticos. Los quistes de Tarlov, son más frecuentes en mujeres. Habitualmente asintomáticos, tras un traumatismo pueden producir dolor lumbar, cefalea hipopresiva e hipoalgesia en miembros inferiores, por ello ante la aparición de lumbalgia y cefalea hipopresiva tras un traumatismo debemos pensar en ellos.

### Bibliografía

1. Weiss HP, Stern BJ, Goldberg JL. Post-traumatic migraine: Chronic migraine precipitated by minor head or neck trauma. Headache. 1991;31:451-6.

- 
2. Rodríguez A, Miñambres J, Tello J, Tello C. Cefalea por Hipotensión del Líquido Cefalorraquídeo. Rev Clín Med Fam. 2008;2(4):181-3.

**Palabras clave:** Cefalea postraumática. Cefalea hipopresiva.