Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2300

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

# 242/1282 - HANDL

*A. Azagra Calero[a], R. López Sánchez[b], A. Grasun[c], C. Gómiz Márquez[d], M. Gómez Franco[e] y A. Rey Sastre[f]*

*[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. [c]FEA Urgencias Hospitalarias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. [d]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Huelva. [e]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro periférico Chamiana. La Laguna-Tenerife norte. [f]Médico de Familia. Centro de Salud Ontaneda Alto Pas. Cantabria.*

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 36 años, sin antecedentes de interés, que acude al centro de salud por cefalea de 15 días, frontal, pulsátil, irradiada a zona occipital, junto con fotofobia y vómitos. Además, presenta fiebre de hasta 38,5 ºC. Refiere episodios de diplopía y hemiparesia brazo derecho autolimitadas. Su mujer ha objetivado paresia del ojo derecho. Estando en la consulta, comienza con afasia, por lo que se deriva a urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** AC rítmica, no soplos. AP MVC. Alerta, consciente, orientado. No defectos campimétricos. No focalidad de vías largas. Marcha normal. Habla fluida. Anomia. Ligera rigidez de nuca. Analítica: ligera leucocitosis (13.600) con neutrofilia sin desviación izquierda. LCR: pleocitosis linfocitaria. Serologías negativas. EEG asimetría interhemisférica expresada por anomalías focales (ondas lentas irregulares) que involucran a la región temporo-parieto-occipital izquierda. EEG de control normal.TAC arterias cerebrales: normal. RMN normal. Dado el cuadro clínico se sospecha en primer lugar una encefalitis herpética realizándose tratamiento con aciclovir endovenoso, pero debido a la clínica y evolución de la misma, se sospecha un cuadro compatible con HanDL.

**Juicio clínico:** Probable pseudomigraña con pleocitosis (HanDL).

**Diagnóstico diferencial:** Encefalitis herpética. Meningoencalitis agudas. Ictus. Migraña con aura.

**Comentario final:** Se trata de un síndrome benigno y autolimitado. Cursa con episodios de cefalea intensa y focalidad neurológica transitorias con linfocitosis en LCR. Los síntomas más frecuentes son la hemiparesia, afasia y alteraciones sensitivas, aunque se han descrito alteraciones visuales como fotopsias, hemianopsia, disminución de la agudeza visual, edema de papila y paresia del sexto par craneal. La cefalea, generalmente de características pulsátiles e intensidad moderada o grave y duración variable, aunque es habitual que se autolimite en pocas horas. Es más frecuente que debute tras el inicio del déficit neurológico y puede acompañarse de náuseas, vómitos y fotofobia. La mayoría de pacientes no tienen antecedentes personales ni familiares de migraña. La etiología es aún desconocida, siendo el diagnóstico de exclusión. El tratamiento consiste en el control

sintomático de la cefalea.

**Bibliografía**


1. Barón J, et al. HaNDL syndrome: Correlation between focal deficits topography and EEG or SPECT abnormalities in a series of 5 new cases. Neurologia. 2016;31:305-10.
2. Hutton J, Wellington D, Miller S. HaNDL syndrome: transient headache and neurological deficits with cerebrospinal fluid lymphocytosis. N Z Med J. 2017;130(1449):67-9.


**Palabras clave:** Cefalea. Déficit neurológico. Pleocitosis linfocitaria.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.