



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1380 - DOCTOR MI CEFALEA CAMBIA CON LA POSTURA

J. Trillo Fernández^a, A. Barreiro Gago^a y P. Jiménez Abarca^b

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 39 años. AP: alérgico a amoxicilina. Fumador de 10 paq/año. Sin intervenciones quirúrgicas previas. Acudió por última vez a nuestro centro tras sufrir traumatismo craneoencefálico sin pérdida de conocimiento y traumatismo lumbar en el contexto de accidente de tráfico con alcance posterior mientras conducía su motocicleta. En nuestra consulta de Urgencias en el centro de salud presenta cefalea holocraneal intensa de una semana de evolución que no cesa a tratamiento analgésico habitual que aumenta en bipedestación, cede con el reposo y que se acompaña de vómitos y sensación de mareos.

Exploración y pruebas complementarias: ACP: rítmico sin soplos, murmullo vesicular conservado y extremidades sin edemas ni signos de TVP, dolor al realizar maniobras de estiramiento radicular pasivo cervical y de miembros, además de dolor selectivo en apófisis espinosas de L3-L5. La cefalea se hace más intensa mientras el paciente se mantiene de pie en la consulta. Neurológico: Glasgow 15, pares craneales normales, con presencia de parestesias de miembros inferiores sin otros signos de focalidad. Radiografía de tórax y columna cervical, dorsal y lumbar: normales. TC de cráneo y columna completa: presencia de esquirlas óseas y retrolistesis de L4 con presencia de LCR en espacio extradural indicativa de una posible fístula de LCR que posteriormente se confirmó mediante una TC con contraste intratecal, objetivándose la salida del líquido cefalorraquídeo y permaneciendo en espacio subcutáneo, así como la disminución del contenido de los ventrículos cerebrales.

Orientación diagnóstica: Cefalea secundaria a fístula de líquido cefalorraquídeo producida por esquirla ósea tras sufrir traumatismo lumbar.

Diagnóstico diferencial: Cefalea postraumática, vértigo de origen central, traumatismo medular.

Comentario final: Debido al amplio diagnóstico diferencial de las cefaleas, supone un reto orientar la clínica inicial en base a los antecedentes personales del paciente, siendo elemental en este caso el antecedente traumático y aumento de clínica debido con el transcurso de los días. Tan importante fue la orientación clínica, como la determinación de la prueba diagnóstica que permitió establecer el diagnóstico definitivo y su posterior tratamiento.

Bibliografía

1. Treatment of acute penetrating injuries of the spine: a retrospective analysis. J Trauma. 1989;29:42-6.
2. Penetrating spinal injuries. Neurosurg Q. 2004;14:217-23.

Palabras clave: Cefalea. Traumatismo. Fístula de líquido cefalorraquídeo.