



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

482/935 - CEFALEA QUE NO MEJORA CON ANALGÉSICOS

P. Bahillo Cagigal¹, L. Torres Pollarés², L. Rodríguez Santana³ y G. Rodríguez Maruri⁴

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria.²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astillero. El Astillero. Cantabria.³Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria.⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 50 años que consulta por cefalea de cinco días de evolución. Cefalea holocraneal, continua a lo largo del día, que no ha mejorado con analgesia habitual (ha tomado paracetamol, Nolotil y Enantyum). Refiere mejoría únicamente en decúbito y empeoramiento del dolor en bipedestación. Asocia sensación nauseosa y acúfenos. Sin antecedentes de cefalea migrañosa, no presenta fotofobia ni sonofobia. No tiene antecedentes de interés. No tiene tratamientos crónicos ni alergias conocidas.

Exploración y pruebas complementarias: TA 98/60 mmHg. FC 50 lpm. SatO2 98%. AC: rítmica. AP: mvc en ambos hemitórax. NRL: Glasgow 15. Pupilas IC y NR, movimientos oculares normales, sin nistagmus. Pares craneales dentro de la normalidad. No alteración de fuerza ni sensibilidad. Marcha estable, sin alteraciones. Analítica: glucemia 98 mg/dl, Na+ 137 mEq/l, K+ 4,4 mEq/l, FG > 90 ml/min, Cr 0,76, PCR 0,4, TSH 4,5 mEq/l. Leucocitos 5.200, plaquetas 240.000, Hb 12,5 g/dl. RMN cerebral parénquima cerebral de morfología, tamaño y señal de resonancia dentro de la normalidad, sin evidencia de lesiones focales ni áreas de expansividad. Cisternas basales preservadas. No se identifican higromas ni realces patológicos de contraste.

Orientación diagnóstica: Cefalea por hipotensión LCR.

Diagnóstico diferencial: Hipotensión ortostática. Cefalea migrañosa. LOE cerebral.

Comentario final: La hipotensión de LCR es una entidad frecuentemente infradiagnosticada en la práctica clínica y es debido en general a pérdida de LCR que hace que la PIC sea menor de 60 mmHg. Clínicamente se caracteriza por un cuadro de cefalea difusa que empeora a los 15 min siguientes a que le paciente se levante o se siente (desapareciendo en decúbito) y que al menos tenga una característica entre: rigidez de cuello, acúfenos, hipoacusia, fotofobia o náuseas. El tratamiento de los casos idiopáticos y de muchos de los que tienen causa conocida es conservador, con reposo en cama, hidratación abundante, cafeína... Se trata de una patología que genera un gran impacto en la calidad de vida de estos pacientes por lo que la sospecha y el diagnóstico precoz es esencial.

Bibliografía

1. Jones W, Kulkarni M, Ravishankar K, Borgstein R, Dupont P. Intracranial hypotension secondary to spinal arachnoid cyst rupture presenting with acute severe headache: a case report. J Med Case

Reports. 2010;4(1):406.

Palabras clave: Cefalea. Hipotensión. LCR.