



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

482/568 - UNA CAUSA INFRECUENTE DE CEFALEA

N. Pulgar Prieto¹, M. Gómez Rodríguez² y M. Sáinz Ramírez³

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid.²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid.³Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 32 años sin antecedentes personales relevantes que acude al Centro de Salud por cuadro de cefalea holocraneal opresiva intensa y acúfenos en oído derecho, sin fotofobia o sonofobia, que comenzó esa mañana tras levantarse. El dolor no ha mejorado con antiinflamatorios, aunque afirma que no lo describiría como “el peor dolor que ha experimentado”. No asocia fiebre u otra sintomatología. No ha presentado episodios migrañosos previamente, y expresa que el dolor le resulta marcadamente diferente a episodios previos de cefalea tensional.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física no presenta rigidez de nuca, los signos de irritación meníngea son negativos, y el resto de la exploración neurológica y general resulta rigurosamente normal. Sin embargo, durante la misma, la paciente refiere clara mejoría al tumbarse en la camilla, volviendo a experimentar dolor al incorporarse. La paciente niega antecedentes de punción espinal, sin embargo, recuerda haber sufrido hace dos días un traumatismo con una mesa en región lumbosacra.

Orientación diagnóstica: Con la sospecha de una cefalea secundaria a disminución de presión del líquido cefalorraquídeo, posiblemente secundaria al traumatismo, se deriva a la paciente al servicio de urgencias hospitalarias para completar estudio. Allí se realizó una punción lumbar que demostró una presión de apertura de 3 cmH2O, un TC cerebral sin hallazgos patológicos y una resonancia magnética panmedular con efecto mielográfico en la que se objetivó una pequeña colección de líquido epidural anterior desde L4-L5 a S2-S3.

Diagnóstico diferencial: Consideramos como posibilidades que explicaran una cefalea intensa súbita una hemorragia subaracnoidea espontánea, meningitis vírica y cefalea tensional, valorando como principal opción la hipotensión de líquido cefalorraquídeo dado el claro componente ortostático del dolor.

Comentario final: Aunque la hipotensión intracraneal espontánea es una entidad poco frecuente, su característico componente postural debe hacernos sospechar de la misma. Otros datos pueden sugerir esta patología, como son la presencia de acúfenos e hipoacusia, y puede verse precipitado por un traumatismo, accesos de tos, estornudo o ejercicio intenso de prensa abdominal.

Bibliografía

1. Sun-Edelstein C, Lay CL. Spontaneous intracranial hypotension: Pathophysiology, clinical features, and diagnosis. [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc. [Consultado 3 Julio 2020]. Disponible en:

<https://www-upToDate.com>

Palabras clave: Cefalea. Hipotensión intracraneal.