



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/649 - UNA CEFALEA ATÍPICA

F.L. Piaggio Muenta^a, A. Escribano Ocón^b, F. Abadín López^c, G. Pérez Darnaudguilhem^a y C. Granados Lajara^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real III. Ciudad Real. ^bMédico Residente de Medicina Interna. Hospital General Ciudad Real. Ciudad Real. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 1. Ciudad Real. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pio XII. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 29 años previamente sana, con vida activa, que practica ejercicio regularmente, sin antecedente de migrañas, acude a nuestra consulta de atención primaria refiriendo cefalea ortostática de 4 días de evolución, al inicio en región frontal que cedía parcialmente con analgésicos, y mejoraba claramente con el decúbito, se trató como sinusitis aguda con analgésicos y lavados nasales. Vuelve nuevamente por tolerar progresivamente peor el ortostatismo y haber tenido 1 vómito. Continuaba mejorando con el decúbito. Al observar la poca tolerancia a la bipedestación derivamos a urgencias como cefalea ortostática en estudio. Es ingresada en NRL las pruebas de imagen TAC y RM son normales.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Ex físico sin hallazgos. NRL. Consiente y orientada, PC normales y pruebas cerebelosas negativas, sin signos meníngeos. Fondo de ojo normal. TAC craneal y RM lumbosacra normales. Cisternografía: salida de radiotrazador desde L4 a S2 de carácter bilateral con contaminación en región cutánea lumbar.

Juicio clínico: Síndrome de hipotensión endocraneal. Fístulas de líquido cefalorraquídeo de L4-L5, S1-S2.

Diagnóstico diferencial: Cefalea primaria y cefalea secundaria a hemorragia subaracnoidea, disección carotídea o vertebral, trombosis del seno venoso, meningitis, pseudotumor cerebri, cefalea post TCE, malformación de Chiari, cefalea tusígena.

Comentario final: El síndrome de hipotensión endocraneal está causado por fuga de LCR a través del saco tectal, es más frecuente en mujeres debido a traumatismos banales en el saco dural, que lleva a un aumento de volumen de sangre compensatorio por parte del sistema venoso, por tanto depleción del LCR es el causante de la cefalea ortostática. Se caracteriza por una cefalea gravitativa de presentación frontal y occipitocervical con clara relación postural que empeora con la bipedestación y mejora con el decúbito.

Bibliografía

1. Schievink WI, Reimer R, Folger WN. Case report. J Neurosurg. 1994;80:736.

2. Mokri B. Spontaneous cerebrospinal fluid leaks: from intracranial hypotension to cerebrospinal fluid hypovolemia. *Mayo Clin Proc.* 1999;74:1113.
3. Hoffmann J, Goadsby PJ. Update on intracranial hypertension and hypotension. *Curr Opin Neurol.* 2013;26:240.
4. Mokri B. Spontaneous low pressure, low CSF volume headaches: spontaneous CSF leaks. *Headache.* 2013;53:1034.
5. Marcelis J, Silberstein SD. Spontaneous low cerebrospinal fluid pressure headache. *Headache.* 1990;30:192.

Palabras clave: *Cefalea ortostática. Fístula de LCR. Hipotensión endocraneal.*