



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2413 - Una cefalea difícil...

S. Herreros Juárez^a, J. Ballesta Lozano^a, M. Serna Martínez^a, E. Ruíz García^a, S. Hernández Baño^a, M. Solana Palazón^a, E. Martínez Mondéjar^b, M.M. Antonio González^c y M. Vigil Velis^d

^aMédico Residente. Centro de Salud Cieza Oeste. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Lorquí. Murcia.

^cMédico de Familia. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. ^dIntensivista. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 52 años que consulta porque hace tres días despertó con cefalea occipital opresiva sin náuseas que no responde a analgésicos en domicilio. Niega TCE. En urgencias la trataron con corticoides, analgésicos, relajantes musculares y oxígeno con mejoría pero sin cese total. Refiere que es de predominio vespertino y la asocia a estar mucho tiempo de pie. Y que en ocasiones presenta sensación de humedad en narina izquierda. Sin antecedentes.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 36,5 °C. TA: 95/60 mmHg. FC: 80 lpm. SatO₂: 100%. Afectada por el dolor. Consciente y orientada, eupnéica en reposo. Auscultación cardiopulmonar, abdomen y EEII: normales. Neurológica: pupilas isocóricas y normorreactivas. No nistagmus. ROT presentes y simétricos. Dudosa paresia 4/5 MSD. No Hoffmann. Nociceptiva conservada. No disimetría dedo-nariz ni talón-rodilla. Marcha normal, de puntas y talones. Tándem inestable. Romberg con pulsión hacia atrás. ECG:RS a 85 lpm. Bioquímica, hemograma, gasometría venosa y coagulación: normales. Rx tórax, RM encefálico-cervical: normal. PL: líquido claro y transparente, 3 leucos, 0 hematíes, 55 glucosa y 56 proteínas. ADA 3 (normal). Sin células malignas. Cisternogammagrafía-isotópica: leucorrea en ambas fosas nasales intermitentemente.

Juicio clínico: Hipotensión licuoral espontánea.

Diagnóstico diferencial: Migraña. Cefalea en racimos. Glaucoma. Infecciosa. Neoplasia.

Comentario final: Dado que la paciente cumplía criterios de alarma se profundizó en su estudio, sospechando hipotensión licuoral debido a la clínica. Tras los resultados de las pruebas se contactó con neurocirugía que proceden a su intervención. La hipotensión licuoral espontánea es difícil de diagnosticar. Se asocia a baja presión de LCR, produce "cefalea postural". La causa más frecuente es la ruptura de la aracnoides con salida de LCR hacia el espacio subdural o epidural. Asociándose con otorrea y rinorrea. Puede producir diplopía: por compresión del VI pc. Se resuelve espontáneamente. Su tratamiento inicial es sintomático, y posteriormente se coloca un parche cercano a lesión.

Bibliografía

1. British Association for the Study of Headache; MacGregor EA, Steiner TJ, Davies PTG. Guidelines for all Healthcare Professionals in the Diagnosis and Management of Migraine, Tension-Type, Cluster and Medication-Overuse Headache. 3rd ed, 2010.
2. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Diagnosis and Treatment of Hedache, 10^a ed, 2011.

Palabras clave: *Cefalea. LCR.*