

Cefalea en trueno secundaria a neumoencéfalo[☆]



Thunderclap headache secondary to pneumocephalus

Sr. Editor:

La cefalea en trueno, también conocida como cefalea en estallido, consiste en una cefalea de inicio súbito y de intensidad severa, que alcanza su máxima intensidad en menos de un minuto y de más de 5 min de duración¹. Existen numerosas causas responsables, de los cuales algunos son procesos intracraneales graves, que asocian importante morbimortalidad, precisando un manejo precoz, con prueba de imagen y punción lumbar^{2,3}. El neumoencéfalo es una causa no frecuente de cefalea en estallido. Se caracteriza por la colección de aire en el compartimento intracraneal, asociado generalmente a la pérdida de continuidad del hueso craneal, en relación con procedimientos quirúrgicos, traumatismos craneoencefálicos o procesos neoplásicos, y más raramente a procedimientos invasivos no quirúrgicos, como la anestesia epidural con la técnica de pérdida de resistencia con aire⁴. Desde el punto de vista clínico, se manifiesta con cefalea de intensidad severa, siendo el inicio abrupto una presentación excepcional, en cuyo caso es imprescindible realizar el diagnóstico diferencial con todas aquellas entidades que pueden manifestarse como una cefalea en trueno o en estallido^{3,5}.

Presentamos el caso de una mujer de 27 años, primigesta, sin antecedentes personales de interés, que 2 días tras el parto vaginal con bloqueo epidural para analgesia presenta una cefalea en trueno, holocraneal, sin respuesta a analgésicos habituales y cafeína. El dolor lo define como opresivo, de inicio abrupto y de intensidad severa, que empeora con el decúbito. Sin vómitos, ni alteraciones de la visión. Examen general y neurológico normal, incluyendo la ausencia de signos meníngeos.

Mediante tomografía axial (TAC) craneal y resonancia magnética (RM) craneal, se objetiva la presencia de 2 imágenes redondeadas, anterior y posterior al ventrículo lateral izquierdo compatibles con aire (figs. 1 y 2). Se completa el estudio con angio-RM intracraneal arterial y venosa que descarta la presencia de aneurismas arteriales, malformaciones arterio-venosas, disección de arteria carótida interna y vertebral y trombosis de senos venosos. Con el diagnóstico de cefalea en trueno secundaria a neumoencéfalo en relación con la anestesia epidural con la técnica de pérdida de resistencia con aire, se realiza tratamiento conservador con analgesia y reposo, con resolución en pocos días.

Son excepcionales los casos descritos en la literatura de cefalea en trueno por neumoencéfalo secundario a la anestesia epidural con la técnica de pérdida de resistencia con aire⁶ y en especial la presentación tardía. Se trata de una complicación rara de la punción dural accidental, resultado de la inyección del aire en el espacio subdural o



Figura 1 TAC craneal sin contraste: lesión hipodensa en la región anterior del ventrículo lateral izquierdo.

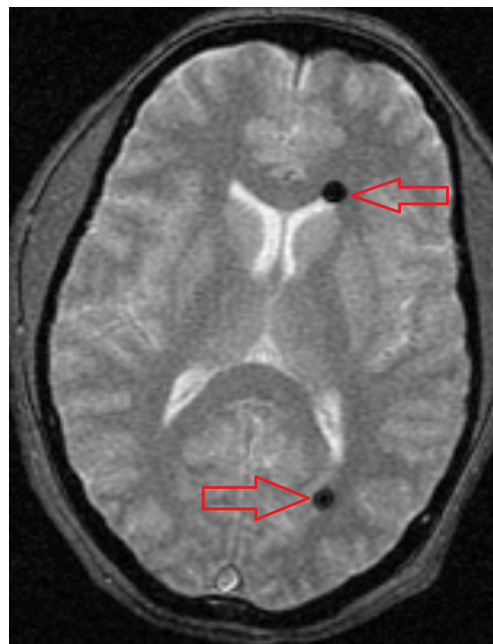


Figura 2 RM craneal T2: 2 lesiones hipointensas anterior y posterior al ventrículo lateral izquierdo.

subaracnoideo y migración craneal. Se han descrito 2 tipos de cefalea en relación con esta técnica, la cefalea por neumoencéfalo y por hipotensión de líquido cefalorraquídeo (LCR)⁷. La primera de ellas habitualmente ocurre de forma inmediata a la punción o secundariamente al cambio de postura de posición lateral a vertical. En el caso que se presenta, la cefalea comenzó 2 días tras el bloqueo epidural, en probable relación con el cambio de postura de supino a

[☆] Este trabajo ha sido presentado como poster en la LXVI Reunión anual de la Sociedad Española de Neurología en el área de Cefaleas.

bipedestación y la presencia de un globo de aire en el espacio subaracnoideo y posterior migración craneal. La cefalea por hipotensión de LCR se ha comunicado como consecuencia de la punción dural accidental y también como causa de cefalea en estallido, habitualmente con componente ortostático. Los estudios de RM craneal en pacientes con hipotensión de LCR frecuentemente muestran colecciones extradurales, captación meníngea difusa, engrosamiento de las estructuras venosas, hiperemia pituitaria y descenso estructuras craneales⁸. La ausencia de estos signos, todos ellos descritos como signos indirectos de hipotensión intracraneal, hacen improbable que esta fuese la causa de la cefalea. En el caso que se presenta no se realizó estudio con punción lumbar, ante la presencia de neumoencefalo en la prueba de imagen como una causa de la cefalea en estallido. Es imprescindible, sin embargo, realizar el diagnóstico diferencial de todas las etiologías de la cefalea en trueno, por tratarse de procesos graves como la hemorragia subaracnoidea, otras hemorragias intracraneales, trombosis venosa cerebral, disección de arteria cervical y síndrome de vasoconstricción cerebral reversible como causas más frecuentes, recomendándose en todos los casos realizar una TAC craneal y una punción lumbar y, en casos seleccionados, RM y angio-RM craneal⁹.

Ante una cefalea en trueno tras un procedimiento invasivo como la anestesia epidural con la técnica de pérdida de resistencia con aire, se deberán descartar procesos subyacentes, como el neumoencefalo y la hipovolemia de LCR. De tal forma que este caso y los demás descritos en la literatura apoyan las recomendaciones de identificación del espacio epidural con la técnica de pérdida de resistencia con suero salino, respecto a aire, por mayor superioridad de la analgesia y menor morbilidad.

Financiación

No ha recibido financiación.

Bibliografía

1. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013;33:629–808.
2. Schwedt TJ. Thunderclap headaches: A focus on etiology and diagnostic evaluation. *Headache*. 2013;53:563–9.
3. Devenney E, Neale H, Forbes RB. A systematic review of causes of sudden and severe headache (Thunderclap Headache): Should lists be evidence based? *J Headache Pain*. 2014;15:49.
4. Schirmer CM, Heilman CB, Bhardwaj A. Pneumocephalus: Case illustrations and review. *Neurocrit Care*. 2010;13:152–8.
5. Becker WJ. Pneumocephalus as a cause for headache. *Can J Neurol Sci*. 2002;29:278–81.
6. Nafiu OO, Urquhart JC. Pneumocephalus with headache complicating labour epidural analgesia: Should we still be using air? *Int J Obstet Anesth*. 2006;15:237–9.
7. Shenouda PE, Cunningham BJ. Assessing the superiority of saline versus air for use in the epidural loss of resistance technique: A literature review. *Reg Anesth Pain Med*. 2003;28:48–53.
8. Giraud P, Chauvet S. Secondary pneumocephalus after lumbar puncture: An unusual complication of spontaneous intracranial hypotension? *Clin Neurol Neurosurg*. 2013;115:2204–6.
9. Mortimer AM, Bradley MD, Stoodley NG, Renowden SA. Thunderclap headache: Diagnostic considerations and neuroimaging features. *Clin Radiol*. 2013;68:e101–13.

N. Arenaza-Basterrechea*, F. Iglesias Díez y P. López Sarnago

Sección de Neurología, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arenaza27@gmail.com (N. Arenaza-Basterrechea).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2015.04.002>
0213-4853/

© 2015 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Mioclonías secundarias a fármaco antigripal



Myoclonus secondary to use of anti-flu drug

Sr. Editor:

Los trastornos del movimiento secundarios a fármacos son relativamente frecuentes, en concreto se han descrito múltiples medicamentos asociados a la aparición de mioclonías. Presentamos el caso de un paciente que desarrolló mioclonías relacionadas con el uso combinado de dextrometorfano y clorfenamina. Ambos son fármacos de uso muy extendido. Hasta ahora se había comunicado un caso de mioclonías asociadas a dextrometorfano pero no a clorfenamina.

Varón de 64 años de edad, sin antecedentes de interés salvo tabaquismo activo. Sin tratamiento habitual y con práctica regular de ejercicio físico.

Los días previos había presentado sensación de malestar general con fiebre asociada de 39 °C, cefalea holocraneal y congestión nasal. Tras consultar con su farmacéutico quién identificó el cuadro como posible síndrome gripal, comenzó a tomar un fármaco antigripal compuesto por paracetamol, dextrometorfano, clorfenamina, ácido ascórbico y citrato de cafeína.

Tras la toma de un primer comprimido por vía oral, el paciente desarrolló intensa sensación de inquietud con movimientos incontrolados en cara y en extremidades superiores que le impedían el descanso nocturno.

A su llegada al servicio de urgencias, el paciente estaba afebril y el resto de constantes estaban dentro de la