

Una rara cefalea

Autores: Rafaela Sestelo Fernández , Cristina Gonzalez Martínez, Yolanda Gonzalez, Claudia Benito
Centro de salud de Bembrive, Vigo .

Historia clínica:

Mujer de 46 años, con historia de migraña sin aura y anemia ferropénica que acude a su centro de salud por cefalea de 1 día de evolución, de característica holocraneal que aparece a los pocos segundos de sentarse o al ponerse de pie, EVA 8-9, de características opresivas. Niega síntomas neurovasculares, niega tinnitus, niega diplopía.

El dolor le obliga a tumbarse inmediatamente desapareciendo tras 1 a 2 minutos estando en decúbito. No fiebre, ni otros síntomas NRL o sistémicos.

Exploración física:

Examen físico y neurológico normal excepto leve dolor lumbar a la flexión del cuello.

Juicio clínico y tratamiento :

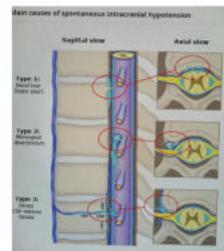
Ante la clínica del paciente, se plantea la posibilidad de una cefalea por hipo presión de licor cefalorraquídeo y se deriva la paciente al hospital. donde se realizan múltiples exámenes: PL con análisis de líquido normal, RM con signos diagnósticos intracraneales sugestivos de hipotensión de líquido cefalorraquídeo y existencia de colección extradural posterior que se extiende desde t1 hasta t9 probablemente secundaria a extrusiones discales dorsales.

Se intentó en primer lugar tratamiento conservador con analgesia, posteriormente se realizaron dos sesiones de bloqueo bilateral de ganglio esfenopalatino sin éxito y por último parche epidural con sangre autóloga con mejoría completa de los síntomas tras la realización del mismo.

Imágenes complementarias:



Visualización de colección extradural posterior



Tres fuentes principales: desgarro dural espontáneo, ruptura de divertículos meníngeos y fístula venosa del LCR (figura 1)

Conclusión:

La incidencia anual estimada es de 4 a 5 por 100.000. La edad media es de 43 años , y es más común en mujeres. La cefalea postural suele ser la principal manifestación de hipotensión intracraneal espontánea. El dolor de cabeza normalmente se desarrolla en los primeros 15 minutos tras sentarse o ponerse de pie. El alivio generalmente se obtiene con el decúbito en cuestión de minutos.

La RMN cerebral es la prueba más sensible y puede mostrar realce paquimeníngeo difuso u otros hallazgos sugestivos de presión baja en el LCR, sin embargo, algunas veces es normal. Por otro lado, la RMN espinal puede mostrar acumulaciones extradurales de líquido, colapso del espacio dural u otra evidencia que sugiera una fuga de LCR.

La hipotensión intracraneal espontánea puede imitar varios síndromes de cefalea y otras afecciones neurológicas como migraña, cefalea cervicogénica, malformación sintomática de Chiari I y taquicardia postural y otros síndromes de intolerancia ortostática.

Bibliografía:

- 1-Clinical Presentation, Investigation Findings, and Treatment Outcomes of Spontaneous Intracranial Hypotension Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. D'Antona L, Jaime Merchan MA, Vassiliou A, Watkins LD, Davagnanam I, Toma AK, Matharu MS. JAMA Neurol. 2021;78(3):329.
- 2-Spontaneous Intracranial Hypotension. Schievink WI. N Engl J Med. 2021;385(23):2173.
- 3-Diagnostic value of spinal MR imaging in spontaneous intracranial hypotension syndrome. Watanabe A, Horikoshi T, Uchida M, Koizumi H, Yagishita T, Kinouchi H. AJNR Am J Neuroradiol. 2009 Jan;30(1):147-51. Epub 2008 Sep 3.
- 4-Spontaneous intracranial hypotension: Pathophysiology, clinical features, and diagnosis. Christina Sun-Edelstein, MD, Christine L Lay, MD. Uptodate Sept, 2023.