

Ilustre Colegio Oficial de  
Médicos de Teruel



Atalaya

MÉDICA TUROLENSE

2015

Nº 7



**Presidente:** Ismael Sánchez Hernández

**Vicepresidente:** Jesús Ángel Martínez Burgui

**Atalaya Medica Turolense** es el nombre de la cabecera de la revista que edita el Colegio Oficial de Médicos de Teruel. Esta revista servirá también para publicar aquellos temas que en cada momento interesen o preocupen a la profesión médica: Documentos de ética y deontología, observaciones o recomendaciones sobre aspectos asistenciales, legislación, convocatoria de premios, concursos, temas de interés médico actual, actividades colegiales, etc.

Se trata de una publicación de carácter semestral, abierta a todos los Médicos Colegiados en Teruel.

## Comité Editorial:

**Director:** Jesús Ángel Martínez Burgui

**Subdirector:** Jesús Sánchez Padilla

## Vocales del Colegio de Médicos de Teruel:

Sonia Sebastián Checa

Pedro I. Bono Lamarca

Beatriz Sanchís Yago

Agustín Galve Royo

Miguel Nassif Torbey

## Comité Científico:

**Coordinador:** Jesús Ángel Martínez Burgui

José Manuel Sanz Asín (Servicio de Neurología del Hospital Obispo Polanco)

Clemente Millán Giner (Atención Primaria de Alcañiz)

Antonio Martínez Oviedo (Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco)

Carlos Izquierdo Clemente (Atención Primaria de Zaragoza)

Francisco Rodilla Calvelo (Servicio de Farmacología del Hospital Obispo Polanco)

Vicente Estopiñán García (Servicio de Endocrinología del Hospital obispo Polanco)

Rafael Saenz Guallar (Atención Primaria de Alcañiz)

José Enrique Ruiz Laiglesia (Servicio de Nefrología del Hospital Clínico)

Juan Carlos Cobeta García (Servicio de Reumatología del Hospital Miguel Servet)

Juan Antonio Domingo Morera (Servicio de Neumología del Hospital Miguel Servet)

Ivan Ulises Fernández-Bedoya Korón (Servicio de Radiodiagnostico del Hospital Obispo Polanco)

Joaquín Velilla Moliner (Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet)

Enrique Alonso Formento (Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet)

Ana Cristina Utrillas Martínez (Servicio de Cir. General y Aparato Digestivo del Hospital Obispo Polanco)

**DISEÑO y MAQUETACIÓN:** M.A. Cano

**Edita:** Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Teruel

Depósito Legal TE-131-2013

ISSN 2254-2671

Indexada en LATINDEX - Folio 24152

# SUMARIO

## Colaboración científica

Fray Luis de Granada y Juan de Arfe. Anatomistas del Renacimiento. F. Valle

5

## Revisión científica

Mordedura por víboras. A. Martínez / M<sup>a</sup> J. Borruel / L.J. Floria / M<sup>a</sup> T. Espallargas / I. Burgués

9

## Originales

Nuevos tratamientos en la Esclerosis Múltiple. A. González / L. Jarauta / J. Borrás / V. Caballero / F. Rodilla

Tratamiento de la Hepatitis C en la era de los nuevos antivirales. A. González / E. Garza / V. Caballero / F. Rodilla

Influencia de la vacunación antirrotaviral en la prevención de casos de gastroenteritis aguda en niños nacidos en el Sector Teruel entre los años 2011-2012. Á. Domingo

15

## Notas Clínicas

Doctor, ¿otra apendicitis?. M<sup>a</sup> J. Borruel / A. Martínez / A. Arturo Moreno / V. Estabén

Leishmaniasis visceral en pediatría. Revisión de nuestra casuística. T. Díaz / P. Sanz / V. Caballero / L. García / N. Martín / C. Castaño

Intoxicación con dosis inusualmente altas de Paracetamol. A. Díaz de Tuesta / L. Usieto / J. Velilla / D. Lahoz

Detección casual de un paraganglioma familiar en un niño afecto de acalasia. V. Caballero / P. Sanz / A. González / T. Ojuel

Estadío final de una enferma con CIA tipo Ostium Primum sin tratamiento quirúrgico. T. Ojuel / V. Caballero / M<sup>a</sup> C. Valdovinos

Colgajo libre de músculo gracilis para reparación de eminencia tenar en paciente electrocutado. M<sup>a</sup> P. Muniesa / M<sup>a</sup> T. Espallargas / L. Javier Floría

Obstrucción completa de la carótida interna diagnosticada por oftalmólogo. María Pastor / T. Perales / N. Navarro

Cefalea hípica secundaria a malformación arteriovenosa cerebral. M. León / W. Pita / V. Suárez / C. Iannuzzelli

Enfisema periorbitario tras sonarse la nariz. C. Blanco / F. Roderó / F. J. Esteban / T. Díaz

37

## Diagnóstico por imagen

Sepsis meningocócica. E. C. López / I. Coscollar / C. Castaño

Luxación temporomandibular bilateral secundaria a crisis comicial. E. C. López / V. Estabén / C. López

Tendón Peroneo accesorio en corredera retromaleolar: Conflicto de espacio. A propósito de un caso. M. P. Muniesa / M. Guillén / J. M. Villalba

Calcificación en "palomitas de maíz": Signo patognomónico de Hamartoma. T. Díaz / C. López / A. Martínez

77

## Celebraciones y eventos

Cursos impartidos

Celebración del Día de la Patrona

81

## CEFALEA HIPNICA SECUNDARIA A MALFORMACION ARTERIOVENOSA CEREBRAL

Dr. Manuel León Escalante<sup>1</sup> / Dr. Wilson Pita Merejildo<sup>2</sup> / Dra. Vanessa Suárez Contreras<sup>3</sup> / Dra. Carla Iannuzzelli Barroso<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Neurocirugía. Clínica de Especialidades Touma. Los Ríos –Ecuador

<sup>2</sup> Médico Residente Terapia Intensiva. Clínica de Especialidades Touma. Los Ríos –Ecuador

<sup>3</sup> Médico Residente de Emergencias. Clínica de Especialidades Touma. Los Ríos –Ecuador

<sup>4</sup> Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Obispo Polanco. Teruel

### RESUMEN

Cefalea hipócnica o cefalea despertador, es una algia cefálica primaria aunque en algunos casos aislados desaparece tras extirpar (o estaba relacionada con) una lesión intracraneal. Es probablemente la última cefalea primaria descrita. Se trata de una cefalea que se presenta en personas generalmente mayores de cincuenta años, exclusivamente durante el sueño y el dolor interrumpe el sueño del paciente, siendo de carácter moderado o leve. Su localización puede ser bilateral o unilateral, en algunos de los pacientes hay pulsatilidad. La duración del episodio es corta, por lo general de quince minutos a una hora, aunque puede llegar hasta tres horas de persistencia. Su tratamiento más acreditado sería el litio prescrito a la hora de ir a la cama o también se puede utilizar cafeína, flunarizina o indometacina.

Se describe el caso de un paciente de 21 años de edad, que presentó cefalea nocturna de 6 meses de evolución y que mejoraba al adoptar la posición sentada. Se realizó TAC de cerebro y se encontró malformación arteriovenosa complementada con angiografía cerebral, fue intervenido neuroquirúrgicamente desapareciendo su cefalea.

### PALABRAS CLAVE

Cefalea hipócnica, Cefalea Despertador, Malformación Arteriovenosa

### SECONDARY HEADACHE HYPNIC ARTERIOVENOUS MALFORMATION A BRAIN

### ABSTRACT

Hypnic headache, or alarm clock headache, is a cephalalgia. It is probably the last primary headache which has been described. This type of headache generally appears in people over 50 years of age. A slight or moderate pain interrupts the patient's sleep. Its location can be bilateral or unilateral and in some patients there is pulsatility. The event last for a short period of time, generally ranging from twenty minutes to one hour, although it can persist for two hours. Its best treatment would be the administration of lithium before bed time or also the use of caffeine, flunarizine and indometacin.

It is described the case of a 21 years old patient, who presented nocturnal headache for 6 months and it improved by adopting the sitting position. A brain CT was performed and a brain arteriovenous malformation angiography was found, he underwent surgery and his headache disappeared.

### KEY WORDS

Hypnic headache, Alarm Clock Headache, Arteriovenous Malformation

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de la cefalea hipócnica, (SCH) fue descrito por primera vez por Raskin en 1988. El síndrome de cefalea hipócnica o “cefalea despertador”, consiste en una cefalea benigna, primaria, que es poco frecuente, y cuya terapia se encuentra en una decidida revisión<sup>1</sup>. Se caracteriza por episodios de cefalea holocraneal o raramente hemicraneal de intensidad moderada-grave y aparición periódica. Típicamente despierta al sujeto mientras duerme (‘alarm clock’), suele suceder en las primeras horas de sueño y no se asocia a alteraciones autonómicas o neurológicas de ningún tipo. No está claro si se asocia a alguna fase concreta del sueño; y, a menudo, los pacientes presentan ensoñaciones en el momento de desarrollar la cefalea, lo cual sugiere una implicación de las fases de sueño REM en su patogénesis<sup>2</sup>.

La mayoría de los pacientes tienen más de 50 años y parece existir una cierta preponderancia de las mujeres frente a los varones. Las características del dolor son variables, aunque habitualmente éste es definido como de intensidad severa, continua y difusa; también se han descrito casos asimétricos o unilaterales. La duración de cada episodio varía entre 15 y 180 minutos y la frecuencia de aparición también es diversa, entre cada noche a unos pocos episodios mensuales<sup>3</sup>.

Deben descartarse principalmente lesiones intracraneales y cefaleas trigeminoautonómicas (sobre todo cefalea en racimos y la hemicránea paroxística crónica); además de otros trastornos como apneas y otras anomalías respiratorias durante el sueño, abuso de analgésicos, y síndrome de HTA-cefalea nocturna<sup>4</sup>.

La respuesta al litio se describió en los primeros casos de Raskin y es el tratamiento utilizado habitualmente. Se emplea en las dosis habituales, manteniendo una litemia entre 0,5 y 1,5 mEq/L. La respuesta suele producirse en un tiempo breve y con gran eficacia<sup>5</sup>.

A pesar de ello, tratándose de pacientes añosos, hay que tener en cuenta los posibles efectos secundarios de la medicación. Pensando en la posible toxicidad del litio, se han descrito respuestas terapéuticas a la flunaricina, cafeína o indometacina. Aunque es infrecuente, es posible

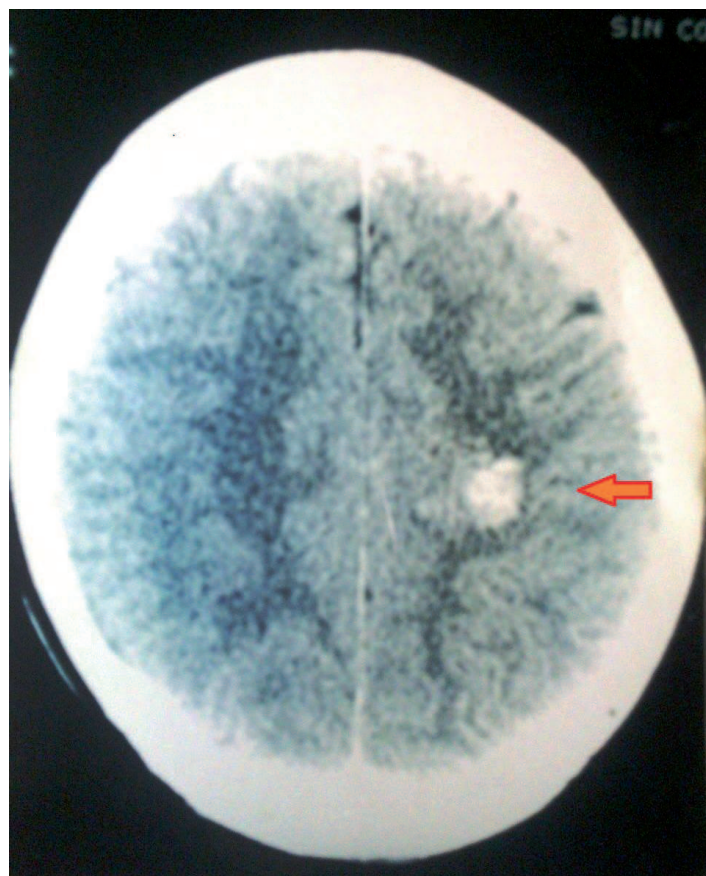


Fig. 1. TAC de cerebro simple que muestra imagen hiperdensa parietal izquierda.

la remisión espontánea del cuadro con desaparición de los episodios álgicos nocturnos<sup>4-5</sup>.

## CASO CLÍNICO

Se recoge el caso de un paciente de 21 años, campesino, tez blanca, sin antecedentes patológicos personales ni familiares relevantes, que inicia cuadro clínico de cefalea nocturna del vertex craneal intensa durante un periodo de 6 meses, que no se acompañaba de otra sintomatología y que mejoraba con la bipedestación.

El examen físico no reveló alteración alguna, el fondo de ojo era normal y la exploración neurológica no evidenciaba alteración alguna.

Se realizó TAC de cerebro (Fig. 1) y angiografía cerebral (Fig. 2) encontrándose malformación arteriovenosa parietal izquierda con vena de drenaje en el seno sagital.

Fue intervenido quirúrgicamente realizándose la exéresis total de dicha malformación. El paciente tuvo buena evolución, desapareciendo la cefalea, aunque quedó con un ligero déficit motor del pie derecho.



Fig. 2. Arteriografía cerebral que evidencia gran MAV parietal izquierda.

## DISCUSIÓN

Las malformaciones arteriovenosas (MAV) son shunts de alto flujo entre el sistema venoso y arterial sin la interposición de una red capilar. Por lo tanto se componen de un vaso arterial nutricional, un nido consistente en numerosos shunts arteriovenosos y vasos displásicos y un drenaje venoso de gran calibre<sup>6</sup>. Las MAV se manifiestan por convulsiones focales o generalizadas, hemorragia cerebral o cefaleas<sup>7</sup>.

La cefalea en una MAV indemne ocurre en un porcentaje menor y ocasionalmente cursa con aura, se puede comportar como una jaqueca, y puede ser holo o hemicraneal. Las convulsiones suelen ser la manifestación inicial en un 40% y muchos de ellos presentaron hemorragia intra-

craneal en algún momento de la evolución; en ocasiones se observa por robo circulatorio del encéfalo normal, déficit motor progresivo focal<sup>8</sup>.

La cefalea del caso se presenta con las características semiológicas de la cefalea hípica. Localizada en vertex craneal con proyección en área parietal ipsilateral, de inicio nocturno durante el sueño, mejorando al ponerse de pie, en un paciente joven, sugería, características de proceso expansivo con un tipo de cefalea infrecuente y con un diferencial limitado, a lesiones expansivas y arteritis de células gigantes, una MAV no era considerada causal por lo que su hallazgo añade una patología a tener presente.

Creemos que la MAV del paciente incremento la velocidad del flujo provocando aumento progresivo de la presión venosa con irritación dural y aparición de la cefalea hípica, y que al ponerse de pie disminuía el edema local con disminución de la presión venosa de drenaje y mejoría de la cefalea. Asimismo consideramos que la cefalea pudo ser un pródromo de una ruptura a posteriori de dicha MAV.

## CONCLUSIONES

La cefalea hípica es un cuadro que debe tenerse en cuenta en pacientes de más de 50 años, de periodicidad nocturna y larga evolución. La respuesta al litio suele ser rápida y completa, aunque quizás sea más práctico empezar, especialmente en los pacientes de más edad, con otro tipo de medicación como indometacina o flunaricina<sup>1-2-4-5</sup>.

Tomando en cuenta que la cefalea es un síntoma poco frecuente en la población juvenil y menos aún de presentación nocturna, cabe recordar del presente caso de cefalea hípica y su relación con el proceso vascular subyacente y en ocasiones incluso podría plantearse realizar un estudio vascular cerebral por la posibilidad de encontrar una malformación arteriovenosa como la descrita en el presente caso.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. F. Morales. Síndrome de cefalea hipócnica. Revisión. R e v. Soc. Esp. Dolor 6: 363-367, 1999.
2. D.A. Pérez-Martínez, A. Berbel-García, A.I. Puente-Muñoz a, R.A. Sáiz-Díaz, M. de Toledo-Heras, J. Porta-Etessam, A. Martínez-Salio. Cefalea hipócnica: un nuevo caso. REV NEUROL 1999; 28 (9): 883-884
3. Medrano V, Mallada J, Sempere AP, Fernández S, Piqueras L. Primary cough headache responsive to topiramate. Cephalalgia. 2005;25:627-8.
4. Neil Raskin, Cefalalgia, Medicina clínica 2006, pág. 5
5. Dodick DW, Mosek AC, Campbell JK. The hypnic ('alarm clock') headache syndrome. Cephalalgia 1998; 18: 1526.
6. Hart BL, Taheri ST, Rosenberg GA. Dynamic Contrast-Enhanced MRI Evaluation of Cerebral Cavernous Malformations. Translational Stroke Research 2013; 4: 500-506.
7. Dellamea, M., Sánchez, L., Osorio, C., Soto, S., Morel, G., & Cione, D. Vasculopatías cerebrales: Evaluación integral. [http://congreso.faaardit.org.ar/uploads/2014/poster/2014\\_357\\_PE\\_SNC.pdf](http://congreso.faaardit.org.ar/uploads/2014/poster/2014_357_PE_SNC.pdf)
8. Rinaldi, M., Mezzano, E., Berra, M., Parés, H., Olocco, R., & Papalini, F. (2013). Malformaciones arteriovenosas (primera parte). Rev. argent. neurocir,27(1), 17-20.