

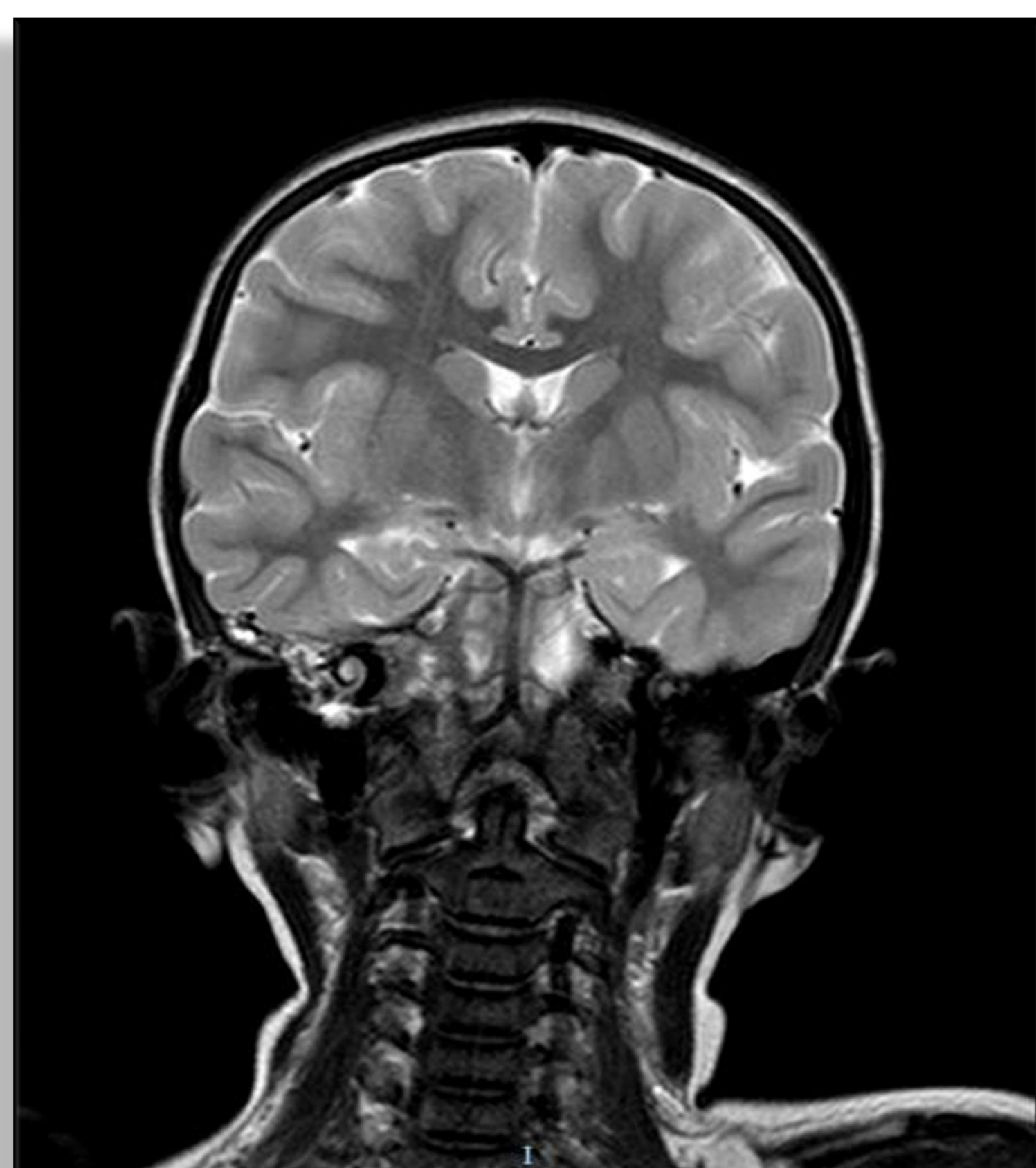
CEFALEA CON FOCALIDAD EN PEDIATRÍA. CAUSAS TRATABLES CON RESOLUCIÓN COMPLETA

Aitana Pacheco Carrillo, María Rosario León Morillo, María Lorenzo Martín, Esperanza Molina Toro, Patricia López de Priego Ávila, Juan Fontes-García Balibrea
Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz, España

Cefalea en niños



La cefalea es un síntoma común, en general banal y de naturaleza benigna, que constituye el motivo más frecuente de derivación a neuropediatría, objetivándose un aumento de su incidencia en las últimas décadas. Entre las causas secundarias, se incluyen las de origen otorrinolaringológico, como la otitis media aguda (OMA). Se calcula que 2 de cada 3 niños sufren al menos 1 episodio de OMA antes del primer año de vida. Con el uso de la antibioterapia se ha logrado la disminución de la frecuencia de las complicaciones y secuelas.



CASO CLÍNICO:

Niña de 4 años con OMA derecha de repetición, que consulta por cefalea progresiva de localización hemicraneal derecha de 1 mes de evolución. Asocia febrícula, fotofobia y sonofobia, así como lateralización voluntaria de la cabeza.

En la **exploración** destaca hiperemia timpánica derecha, sin abombamiento retroauricular, ni desplazamiento del pabellón.

Pruebas complementarias: TAC describe ocupación mastoide derecha y oído medio ipsilateral.

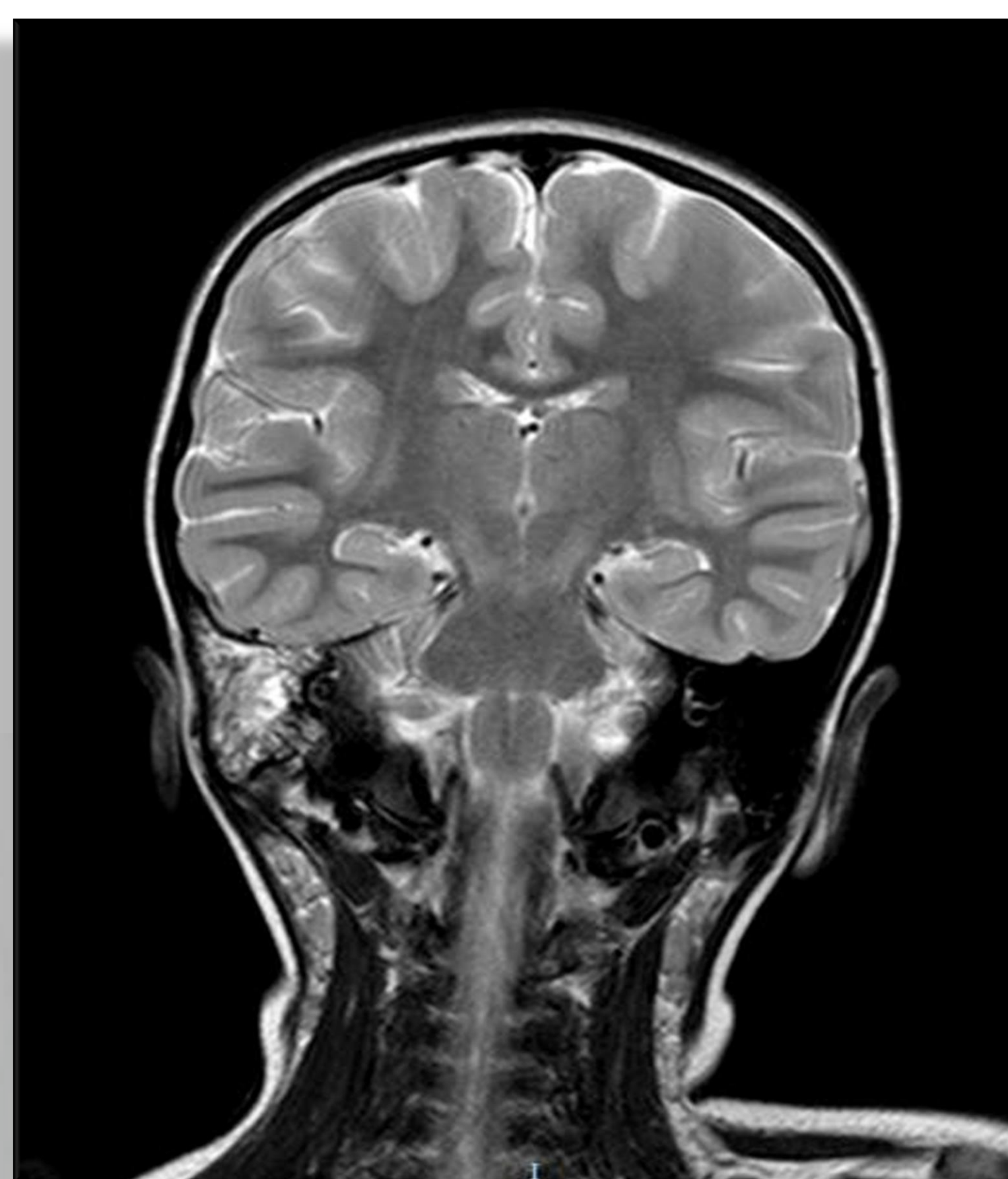


Figura 1 y 2: Imágenes de RM donde se observa ocupación de mastoides y ápex petroso derecho

Evolución: Tórpida a pesar de antibioterapia, al tercer día de ingreso se constata parálisis de VI par craneal derecho y dolor retroorbitario, tríada característica del síndrome de Gradenigo. La RM (Fig. 1 y 2) confirma mastoiditis y ocupación también del ápex petroso derecho, realizándose miringotomía, con escasa mejoría. A los 5 días comienza con cifras elevadas de tensión arterial, comprobándose salida de presión de líquido cefalorraquídeo de 28 cmH2O. Se realiza fondo de ojo normal y RM de urgencia que descarta lesión ocupante de espacio intracraneal. En angioRM no se visualizan signos indirectos de hipertensión intracraneal o trombosis.

Se inicia **tratamiento** diurético presentando mejoría progresiva con normalización de la TA. Al alta persiste parálisis intermitente VI par con práctica resolución de la cefalea.



CONCLUSIONES

- El **síndrome de Gradenigo**, entidad muy infrecuente en la actualidad, consiste en OMA, afectación del VI par craneal y dolor retroorbitario ipsilateral. Se atribuye a una extensión del proceso inflamatorio iniciado en el oído medio hacia la zona petrosa del hueso temporal.
- Se trata de una complicación grave que requiere tratamiento inmediato para evitar secuelas permanentes.
- La importancia de nuestro caso reside en lo poco frecuente y transcendente que puede llegar a ser dicho síndrome.
- Es fundamental realizar un diagnóstico diferencial adecuado, descartando patología tan importante por su transcendencia, como tumores, aneurismas y abscesos cerebrales, entre otros.