



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 423/80 - LA MIGRAÑA QUE TE PARALIZA

M. Cobo Rossell<sup>1</sup>, P. López Alonso Abaitua<sup>2</sup>, L. Rodríguez Vélez<sup>3</sup>, L. Salag Rubio<sup>4</sup>, D. San José de la Fuente<sup>4</sup>, M. Esles Bolado<sup>5</sup>, S. López Santos<sup>2</sup>, O. Casanueva Soler<sup>6</sup>, R. Maye Soroa<sup>2</sup>, M. Alonso Santiago<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal. Torrelavega. <sup>2</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. <sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Puertochico. Santander. <sup>4</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Torrelavega. <sup>5</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina Interna Hospital Sierrallana. Torrelavega. <sup>6</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 75 años con antecedentes de hipertensión arterial, migraña crónica con aura, con un episodio etiquetado de migraña con hemiplejía asociada en 2008, fumadora de 30 paquetes año y bebedora de 60 g de etanol diarios. Acude a Urgencias derivada de Atención Primaria en visita domiciliar por imposibilidad para mantenerse en pie y debilidad en extremidades derechas de 48 horas de evolución que lo asoció con migraña. Desde hoy le notan además que habla con dificultad. En el informe de su médico de Atención Primaria se recoge además historia previa de 15 días de evolución de dolor abdominal intenso de predominio en epigastrio, con vómitos casi a diario y pérdida de peso de unos 8 kg en los últimos tres meses. Su médico la había visitado en varias ocasiones durante este tiempo, negándose la paciente a acudir remitida a Urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, pálida. Disfasia mixta, facial central derecho. Hemiparesia derecha ESD 3-4/5, EID 3-4/5, plantar derecho extensor. Amiotrofia generalizada. AC: rítmica. AP: normal. Abdomen: blando, no doloroso, no masas ni organomegalias. Tacto rectal: sin hallazgos. SOH negativa. Analítica: hemoglobina 6 g/gl, 25.000 leucocitos con 90% granulocitos. Alteración de pruebas de función hepática. Insuficiencia renal aguda. Se realiza TAC craneal en el que se objetivan hallazgos radiológicos compatibles con proceso isquémico subagudo en territorio de corona radiada izquierda. Ecografía: dilatación de la vía biliar intra y extrahepática por probable lesión a nivel distal. LOES hepáticas milimétricas inespecíficas. Endoscopia: imagen compatible con úlcera duodenal sin datos aparentes de malignidad. Se toman biopsias.

**Juicio clínico:** Ictus isquémico por hipoperfusión secundario a hemorragia digestiva alta por adenocarcinoma de duodeno con metástasis hepáticas.

**Diagnóstico diferencial:** Ictus hemorrágico/isquémico, migraña con hemiplejía, úlcera duodenal, neoformación gástrica/duodenal.

**Comentario final:** La migraña hemipléjica es una variante poco frecuente de la migraña con aura en la que se produce una debilidad motora transitoria. Existen casos familiares y esporádicos. Son

frecuentes síntomas acompañantes como vértigo, inestabilidad y acúfenos. En algunos casos pueden aparecer crisis graves, asociando déficit motor prolongado, confusión, coma, fiebre y crisis comiciales. Entre crisis el paciente suele quedar asintomático, pero en algunas ocasiones se pueden presentar signos cerebelosos. El diagnóstico se debe determinar solo en el caso en el que el paciente pueda hablar e identifique la clínica de forma idéntica a las previas, siempre y cuando el episodio previo quede bien filiado. Si se trata de una migraña hemipléjica grave, como en esta paciente, siempre se debe descartar otra causa vascular o infecciosa que esté produciendo la clínica. En el caso de la paciente, se realizó un diagnóstico previo de exclusión, en el que no se correlacionaba del todo la clínica de la crisis con una migraña hemipléjica, por lo que probablemente el primer episodio de la paciente no fue una migraña.

## **Bibliografía**

Ducros A. Migraña hemipléjica. 2012. Disponible en Orphanet.

Robertson CE, et al. Hemiplegic Migraine. Disponible en UpToDate.