



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2138 - CEFALEA ORGÁSMICA

M. Azorín Ras^a, Y. Martínez Fernández^b, M. del Campo Giménez^c, C. García Culebras^d, N.E. Terrero Ledesma^e, R.M. Acosta Mercedes^e y M.J. Prado Coste^f

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Residencia Zona IV. Albacete.

^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Residencia Zona IV. Albacete.

^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Residencia Zona IV. Albacete.

^dMédico de Familia. Centro de Salud Residencia Zona IV. Albacete. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Hospital Perpetuo Socorro. Albacete. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 41 años que acude a urgencias por cefalea de reciente aparición localizada en región temporal bilateral tipo punzante no irradiada desde hace 2-3 semanas con una frecuencia de 3 veces/semana. Refiere que comienza como un pinchazo fuerte en dicha zona con una duración aproximada de un minuto, después remite y se mantiene un dolor latente que tarda en desaparecer de uno a dos días, que no se asocia a fotofobia y sonofobia. No aumenta con maniobras de Valsalva. No amaurosis fugaz, no diplopía. Además le ocurre cuando mantiene relaciones sexuales sobre todo al acabar el acto sexual. No cuenta fiebre, náuseas ni vómitos. No dolor torácico ni palpitations. No pérdida de conocimiento. No dolor abdominal ni cambios en el hábito intestinal. No hematemesis. No síndrome miccional ni otra sintomatología asociada. Refiere no notar mejoría con AINEs, Nolotil ni paracetamol. Hace 3 días acudió a su Médico de Atención Primaria donde fue diagnosticado de una faringitis aguda y ha estado en tratamiento con azitromizina (hoy último comprimido), nolotil y paracetamol. No antecedentes de cefalea migrañosa. Posteriormente, acude de nuevo al servicio de urgencias presentando un cuadro de características similares, acompañado por epigastralgia y vómitos de contenido alimentario, por lo que le pautaron Nolotil, primperan, Valium 5 mg y oxigenoterapia, sin lograr mejoría clínica. Durante este último proceso, se le detectan cifras elevadas de tensión arterial. En relación con los antecedentes personales, el paciente no presenta alergias medicamentosas conocidas, ni factores de riesgo cardiovascular (no HTA; no DM, no DLP), no hábitos tóxicos (no fumador, no alcohol ni otras drogas). No refiere enfermedades médicas de interés. Intervenido quirúrgicamente de vasectomía.

Exploración y pruebas complementarias: El paciente presenta buen estado general, consciente y orientado en las tres esferas, normocoloreado, normohidratado, normoperfundido, afebril, eupneico en reposo. TA 142/95 mmHg, FC 104 lpm. No ingurgitación yugular ni soplos carotídeos. En la auscultación cardíaca, se escuchan tonos fuertes, rítmicos y ausencia de soplos y roces; en la auscultación pulmonar, el murmullo vesicular está conservado y no se aprecian ruidos patológicos sobreañadidos. El abdomen es blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpan masas ni visceromegalias, no signos de irritación peritoneal y puño percusión renal bilateral negativa. En las extremidades inferiores no hay edemas ni signos de TVP, estando los

pulsos presentes y simétricos. En la exploración neurológica: Glasgow 15/5, Pupilas isocóricas y normorreactivas, MOEs conservados, campimetría normal, resto de pares craneales dentro de la normalidad. No disimetrías ni diadococinesias. Romberg negativo. Meníngeos negativos. Fuerza y sensibilidad conservada. ROTs presentes y simétricos. Marcha sin alteraciones. Rx tórax: índice cardiotorácico normal, no infiltrados ni condensaciones, no derrame, no pinzamientos costofrénicos. Laboratorio: glucosa 139, urea 44, creatinina 0,87. LDH 224. hemoglobina 15,4, leucocitos 10.990, neutrófilos 7.590. Coagulación sin alteraciones. RMN cerebral: sin hallazgos patológicos significativos.

Juicio clínico: Cefalea orgásmica.

Diagnóstico diferencial: Cefalea tensional, migraña sin aura, cefalea orgásmica, hemorragia subaracnoidea.

Comentario final: Dada la historia clínica y exploración física del paciente, tendríamos que descartar organicidad y urgencia cerebro-vascular, entre ellas, la más frecuente, una hemorragia subaracnoidea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez García JL. Diagnóstico, tratamiento médico (DTM). 2011. Editorial Marbán.
2. Fisterra.com: Atención Primaria en la red.
3. Harrison, Principios de Medicina Interna, 18ª edición.
4. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía de diagnóstico y protocolos de actuación. 4ª edición, Elsevier.