



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1207 - ¿ESTÁS SEGURO DE QUE ES UNA MIGRAÑA?

A. Nofan Maayah^a, E. Pascual Roquet-Jalmar^b, K.P. Baldeón Cuenca^c, J.S. Serrano Hernández^a, V.E. Choquehuanca Núñez^d, J.A. Agudelo Vasquez^e, S.A. Álvarez Agudelo^e, M. Arias Lago^f, I. Ruiz Larrañaga^g y A. Asturias Saiz^f

^aMédico de Familia. Servicio Cantabro de Salud. Santander. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Irurtzun. Navarra. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Los Corrales de Buelna. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Santoña. ^fMédico Residente; ^gMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 37 años. Acude a urgencias del centro de salud por dolor occipital de inicio progresivo hasta hacerse muy intenso con sensación de hormigueos que irradia a todo el cuero cabelludo. Cuenta crisis migrañosas que está en tratamiento con AINEs, y si no cede acude a urgencias para administrar lamotrigina intramuscular. El paciente cuenta que esto le pasa desde que sufrió un accidente de tráfico, y estuvo 3 meses con cervicalgia.

Exploración y pruebas complementarias: Aparenta dolor intenso, fotofobia y náuseas. Constantes normales. Exploración neurológica conservada. Cabeza y cuello: contractura paracervicales levemente dolorosas y sin rigidez de nuca. Dolor intenso al presionar el punto de emergencia del nervio del trapecio. Al antecedente personal de cervicalgia por el accidente que ha sufrido, los datos clínicos y la exploración, se sospecha una neuralgia de Arnold. Tras el fracaso terapéutico por vía oral, se ofrece al paciente infiltración occipital con betametasona y lidocaína, el paciente presenta mejoría sensible a los 10 minutos.

Juicio clínico: Neuralgia de Arnold.

Diagnóstico diferencial: Migraña con aura. Traumatismos locales en la zona subcutánea del paso del nervio, compresión por espondilouncoartrosis cervical, neurinomas, Tumores de la región de la nuca, como lipomas y otros que comprometen al nervio, neuralgia posherpética, vasculitis, traumatismos de cráneo e incluso esclerosis múltiple.

Comentario final: El diagnóstico de neuralgia de occipital requiere que se cumplan los criterios actuales de la Internacional Headache Society (IHS): Dolor punzante paroxístico en el territorio de distribución del nervio. Fuera de los paroxismos el dolor puede persistir, dolor que se reproduce al presionar el punto de emergencia del nervio al nivel del trapecio y alivio del dolor con la infiltración anestésica del nervio. El caso de nuestro paciente se debe reevaluar su tratamiento de base por parte de su médico de atención primaria.

Bibliografía

1. Rozen T. Cessation of hemiplegic migraine auras with greater occipital nerve blockade. *Headache*. 2007;47:917-9.
2. Young W, Michael M, Ashkenazi A, Evans R. Greater occipital nerve and other anesthetic injections for primary headache disorders. *Headache*. 2008;48:1122-5.

Palabras clave: *Neuralgia de Arnold. Infiltración occipital.*