



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/129 - DOCTOR, ESTE DOLOR DE CABEZA NO ES COMO LOS DEMÁS

L. Muñoz Olmo, P. Loureiro Galán y A.C. Atalaya Lucas

Médico Residente. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real.

Resumen

Descripción del caso: AP: no RAMc. HTA bien controlada con IECAs. No diabética. Insuficiencia cardíaca en tratamiento con diuréticos. Cuadros de cefalea tensional recurrentes que mejoran con la toma de AINEs. Excelente calidad de vida. Anamnesis: mujer de 87 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por cefalea periorbitaria izquierda con irradiación hemicraneal ipsilateral, de 24-48h evolución, acompañándose de diplopía y mialgias en cintura escapular y pelviana. Relata impotencia para la realización de actividades básicas como peinarse y elevar los brazos. Fiebre intermitente (38 °C).

Exploración y pruebas complementarias: Febril. Constantes en rango. Sin alteración de la conciencia ni signos meníngeos. Ptosis palpebral izquierda con diplopía a la mirada binocular y hemianopsia homónima izquierda. Disestesias en zona afecta. Palpación trayectos indurados temporales bilaterales. Debilidad de cinturas escapular y pelviana, con dolor a la movilización activa. Limitación elevación miembros superiores. Claudicación mandibular en la masticación. Auscultación cardiopulmonar y resto de exploración anodina. ECG: ritmo sinusal a 80 lpm con signos de sobrecarga izquierda. Oftalmoscopia sin evidenciar papiledema. Rx tórax: discreta elevación ICT. Frente a la existencia de cefalea con signos y síntomas de alarma, sospechando arteritis de la temporal con afectación oftalmológica, se decide administrar prednisona 1 mg/kg y derivación hospitalaria urgente para estudio, confirmándose el diagnóstico.

Juicio clínico: Arteritis de la temporal. Polimialgia reumática.

Diagnóstico diferencial: Lesión ocupante de espacio cerebral. Meningoencefalitis. Ictus. Migraña con aura atípica.

Comentario final: La cefalea es un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria. Es fundamental realizar una minuciosa anamnesis y exploración con la finalidad de identificar el tipo de cefalea y descartar procesos graves y/o potencialmente peligrosos. En este caso, una cefalea con signos de alarma, precisa de glucocorticoides para evitar la principal causa de ceguera bilateral en mayores de 60 años: Neuropatía óptica isquémica inducida por la arteritis.

Bibliografía

1. Cantero JI, Sainz Jiménez J, Jiménez Moral G. La Neurología en Urgencias de un Centro de Salud. En: Fonseca del Pozo FJ. Manual de Urgencias para médicos de Atención Primaria.

Madrid: SEMERGEN, 2012:133-44.

2. Cano Orgaz A. Protocolo de manejo de las cefaleas en los Servicios de Urgencias. *Medicine*. 2011;10:4786-90.

Palabras clave: *Arteritis de la temporal. Cefalea.*