



242/151 - CEFALEA, NO TE VUELVAS LOCA

S. Martínez García^a, S. Herrera Herrera^b y J. Contreras Espejo^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico del Castillo. Jaén. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 28 años que consulta por cefaleas desde hace un año, localización hemicraneal y predominio frontal, carácter pulsátil, con vómitos, náuseas y mareo asociado con las crisis. Los episodios tienen una duración de 1-2 horas. Hasta ahora el dolor había cedido con la toma de analgésicos. Suele presentar de 1 a 3 crisis al mes, pero en las últimas semanas han aumentado en número e intensidad, achacándolo a estrés laboral. Refiere mejoría en ambientes tranquilos y poco iluminados.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física y neurológica es rigurosamente normal. Se realiza electrocardiograma que resulta normal y analítica básica con parámetros de reactividad aguda normales. La paciente vive con su familia, manteniendo buena relación y confianza en ellos.

Juicio clínico: Teniendo en cuenta la anamnesis, la exploración física y los resultados de las pruebas, llegamos al diagnóstico de migraña sin aura. Recomendamos medidas higiénico-dietéticas (ritmo regular de comida y sueño) e inicia tratamiento con flunarizina 5-10 mg/día como tratamiento preventivo y metoclopramida 10 mg, 1 comprimido/8 horas, si náuseas e ibuprofeno como tratamiento sintomático. La paciente evoluciona de manera favorable explicándole síntomas de alarma por los que tendría que acudir a consulta.

Diagnóstico diferencial: Cefalea en racimos, cefalea tensional, cefalea por abuso de analgésicos, neuralgia del trigémino, arteritis de células gigantes, lesión ocupante de espacio.

Comentario final: El éxito en el tratamiento radica en la mayoría de las ocasiones en dedicar tiempo a explicar al paciente su patología, que conozca la evolución y el porqué de nuestras decisiones. Por nuestra parte es esencial realizar un completo abordaje del paciente, estableciendo una buena relación médico-paciente y llegar a un "acuerdo terapéutico", conociendo todas las posibilidades terapéuticas, puesto que son fármacos con efectos adversos leves pero que pueden llevar al abandono del tratamiento, fracasando así nuestra actuación.

Bibliografía

1. Becker WJ, Findlay T, Moga C, et al. Guideline for primary care management of headache in adults Canadian Family Physician. 2015;61(8):670-9.

Palabras clave: Cefalea. Atención primaria. Tratamiento.