



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1884 - UNA CEFALEA QUE MEJORA CON OXIGENOTERAPIA

T. Corcóstegui Cortina^a, N. Rivero Sánchez^a, S. Iglesias Gutiérrez^b, T. Rodríguez Martínez^c y A. Ibisate Cubillas^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamonal Antigua. Burgos. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Burgos. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Luis Santamaría. Burgos.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer 37 años, que acude al Servicio de Urgencias por episodios de cefalea de 30 minutos, de meses de evolución, refractarios a AINEs. El dolor es hemicraneal izquierdo irradiado a zona retroorbitaria y malar ipsilateral, con hiperestesia, rinorrea y sonofotofobia. Se acompaña de náuseas sin vómito. Niega fiebre termometrada. Refiere estrés laboral que activa los episodios.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada, tensiones mantenidas, eupneica en reposo y afebril. Exploración neurológica normal, pupilas isocóricas normorreactivas, sin signos meníngeos ni afectación pares craneales o sensibilidad, fuerza o tono. Se observa enrojecimiento conjuntival izquierdo y rinorrea ipsilateral. Aporta TAC craneal compatible con la normalidad. Había tomado previamente dexketoprofeno 5 mg oral sin mejoría. Se le administra metamizol 2 gramos intravenoso, ondansetrón 4 miligramos intravenoso y alprazolam 0,5 miligramos sublingual. Se reevalúa 30 minutos después observando remisión de náuseas con persistencia de cefalea. Se añade sumatriptán 6 miligramos subcutáneo y persisten síntomas. Se inicia oxigenoterapia alto flujo 100% (12 litros por minuto) con mascarilla durante 15 minutos. Finalmente refiere mejoría clínica.

Juicio clínico: Teniendo en cuenta las características de los episodios (ataques recidivantes cefalea uniforme, unilateral, con rinorrea de entre 15 y 180 minutos sin tratamiento efectivo) podemos definirla como cefalea en racimos episódica o cefalea de Horton.

Diagnóstico diferencial: Descartaríamos migraña, neuralgia del trigémino, sinusitis, glaucoma agudo, malformaciones arteriovenosas occipitales, arteria cerebral media, comunicantes anteriores, arteria basilar y carótidas, o hemorragia subaracnoidea.

Comentario final: Los AINEs, el paracetamol y opioides no son fármacos útiles en el tratamiento de la cefalea de Horton. La oxigenoterapia de alto flujo es una alternativa no farmacológica eficaz para su tratamiento. El sumatriptán (subcutáneo o intranasal) es el fármaco de elección en estos casos.

Bibliografía

1. Nesbitt AD, Goadsby PJ. Cluster headache. BMJ. 2012;344:e2407.

2. Obermann M, Holle D, Naegel S, et al. Pharmacotherapy options for cluster headache. *Expert Opin Pharmacother.* 2015;16:1177.
3. May A, Leone M, Afra J, et al. EFNS guidelines on the treatment of cluster headache and other trigeminal-autonomic cephalalgias. *Eur J Neurol.* 2006;13:1066.

Palabras clave: Oxigenoterapia. Cefalea en racimos.