



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/886 - DOCTOR@, ME DUELE LA CABEZA

B. Ortíz Oliva¹, F. Contreras Anguita¹ y V. Villatoro Jiménez²

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 56 años con AP de HTA, estenosis uretral y vejiga hipoactiva, precisando autosondajes vesicales de forma puntual que consultó por cefalea periorbicular derecha, de EVA 8/10, con lagrimeo ocular derecho, de características punzantes, no rinorrea. Se acompañaba en ocasiones de malestar general y náuseas. De unos 30 minutos de duración, pero se ha alargado en los últimos dos días. Episodios recurrentes en el día, unos 5-6. No aura previa. No despierta por la noche. Tuvo cefaleas en años previos que le recuerdan a las actuales, aunque ha presentado cambios en algunas de las características.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración inicial sin hallazgos significativos. Se derivó a neurología para completar estudio. Se solicitó TC craneal mientras lo valoraban en consulta, por presentar signos de alarma (cambio de características en la cefalea habitual en paciente > 50 años), que finalmente fue informado como: Existen múltiples hipodensidades parcheadas en sustancia blanca profunda y periventricular bihemisférica y probablemente mesencefálica, inespecíficas, que podrían estar en relación a patología vascular oclusivo crónica. No se observan lesiones estructurales expansivas intracraneales, ni signos de hemorragia intra ni extraaxial. Descenso del diafragma selar, con tortuosidad de ambos nervios ópticos, ya presente en estudios previos. No se observan otros hallazgos que sugieran síndrome de pseudotumor cerebri, sin embargo, sugerimos descartar clínicamente esta posibilidad.

Orientación diagnóstica: Sospecha cefalea trigeminoautonómica. Cefalea en racimos.

Diagnóstico diferencial: Cefalea secundaria.

Comentario final: Se inició tratamiento con zolmitriptán intranasal para aplicación durante la crisis, en primer momento se dejaron únicamente 2 aplicadores para valorar la eficacia. El paciente deseaba iniciar tratamiento preventivo, por lo que se inició tratamiento con verapamilo. Ante sospecha de HtiC se deriva a oftalmología para valoración en espera de ser valorado por neurología, no destacan alteración del fondo de ojo en su exploración. En el momento actual continúa pendiente de valoración por parte de neurología.

Bibliografía

1. Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). Guía oficial de

cefaleas 2019. Madrid: Medea, Medical Education Agency S.L.; 2019.

Palabras clave: Cefalea. Hipertensión intracraneal.