



## 199/128 - AMIGDALECTOMÍA COMO TRATAMIENTO DEFINITIVO DE CEFALEA RESISTENTE A TRATAMIENTO

F. Leiva-Cepas<sup>a</sup>, L. López-Marín<sup>b</sup>, I. López-López<sup>c</sup>, R. Reyes Vallejo<sup>d</sup>, A. Cabello Chanfreut<sup>e</sup> y J. Fernández García<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>e</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>f</sup>Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba. <sup>b</sup>Graduada en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Católica de Valencia. Valencia. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. Nefrología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 27 años de edad. Alérgico a cefditorén pivoxilo. Antecedentes personales: amigdalitis de repetición en la infancia. Alergia estacional y asma alérgica. Cefaleas de componente migrañoso no estudiada por neurología. Sin intervenciones quirúrgicas. No tratamiento actual. Acude a consulta en febrero de 2013 por cefalea parietal, con buena respuesta a naproxeno. Se instaura tratamiento preventivo con flunarizina. 6 meses después acude por la presencia de la misma sintomatología, con resistencia a analgesia. Se deriva a Neurología para estudio. Cambian tratamiento preventivo a amitriptilina 25 mg/24 h. No existe mejoría. Meses después el paciente mientras duerme, en presencia de testigos, hace una crisis convulsiva; el paciente no refiere periodo poscrítico ni amnesia del episodio. A finales del 2015 el paciente comienza con ronquera, debido a hipertrofia amigdalар, se instaura tratamiento con ibuprofeno oral, auxina A y E, sin mejoría. Se decide amigdalectomía y palatoplastia en enero de 2015 cediendo las cefaleas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física normal, incluida la neurológica. Analítica: hemograma normal. Bioquímica normal, salvo colesterol 243 mg/dl, HDL 68 mg/dl, LDL 173 mg/dl. TAC de cráneo normal. RMN de cráneo: normal. EEG: normal.

**Juicio clínico:** Cefalea. SAOS por hipertrofia amigdalар.

**Diagnóstico diferencial:** Ante la presencia de un cuadro de cefalea, lo primero es descartar a través de la exploración neurológica la alteración que implique patología estructural. La existencia de factores predisponentes a los episodios de cefalea más intensos, así como elementos excitantes; incluyendo factores estresantes.

**Comentario final:** En el caso que implica a este paciente, la existencia de una obstrucción de la vía aérea superior por la hipertrofia amigdalар conlleva la generación de un SAOS, por el cual el paciente no tiene una buena ventilación y descanso nocturno, el aumento del CO<sub>2</sub> por las apneas implica cefaleas que son resistentes a tratamiento. La exploración de la cavidad oral o la existencia de obesidad concomitante puede ser un factor predisponente, a considerar en el tratamiento de las

cefaleas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Flemons WW. Obstructive sleep apnea. *N Engl J Med.* 2002;347:498-504.
2. Hoffstein V, Szalai JP. Predictive value of clinical features in diagnosing obstructive sleep apnea. *Sleep.* 1993;16:118-22.
3. Newman LC, Lipton RB, Solomon S. The hypnic headache syndrome: a benign headache disorder of the elderly. *Neurology.* 1990;40:1904-5.