



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1372 - 'Doctora, me duele la cabeza'. Un motivo de consulta frecuente

P. Gutiérrez García^a, E. Hernández Bay^b, M. Guitán Domínguez^c, H. Bergaz Díez^d, M.M. García Alonso^e y S. Calvo Sardón^f

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Covaresa. Valladolid. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Covaresa. Valladolid. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Covaresa. Valladolid. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias II. Área Oeste. Valladolid. ^eMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Área Oeste. Valladolid. ^fMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 38 años sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes médicos de interés que acude a nuestra consulta de Atención Primaria (AP) por presentar desde hace dos meses cefaleas nocturnas opresivas holocraneales leves y escasamente frecuentes que le alteran el sueño, causándole inquietud motora e insomnio y que ha relacionado con estrés laboral. Los episodios se acompañan, en su mayoría, de congestión nasal, enrojecimiento y lagrimeo ocular unilateral derecho de unos 15 a 20 minutos de duración. Último episodio hace 24 horas. Antecedentes familiares de madre y hermana migrañosas. No otra sintomatología acompañante. No infecciones recientes. Afebril. Se realiza una identificación del tipo de cefalea, signos de alarma y el tratamiento de abordaje en el caso de crisis. Tras exploraciones y pruebas complementarias y ante la sospecha de cefalea histamínica de Horton (CH), se explica la pauta de tratamiento: sumatriptán subcutáneo (6 mg) inyección precoz; prednisona 30 mg infradosificando hasta retirada durante 7 días si comienza con episodios de dolor; y como tratamiento preventivo y si crisis de dolor frecuentes iniciáramos tratamiento con topiramato 50 mg durante 6 meses como tratamiento preventivo. El paciente actualmente sigue tratamiento con topiramato, respondiendo favorablemente al tratamiento y remitiendo los episodios.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 130/75, Sat O2 98%. Exploración neurológica: FO sin edema de papila, MOE normales, pupilas isocóricas normoreactivas, campimetría por confrontación normal, pares craneales normales, reflejos osteomusculares conservados, fuerza y sensibilidad conservada, cerebeloso, Romberg y marcha normales. Agudeza visual normal. Exploración general: latido carotídeo presente y simétrico. Eritema conjuntival y escleral en ojo derecho. Palpación de arterias temporales normales. Auscultación, abdomen y extremidades inferiores normales. Analítica: VSG 8, hemograma, coagulación, iones, función renal, hepática, perfil lipídico, proteinograma y perfil tiroideo normales. Resonancia magnética cerebral sin alteraciones.

Juicio clínico: Cefalea histamínica en racimos o de Horton episódica.

Diagnóstico diferencial: Cefaleas primarias: migraña, cefalea hípica, hemicránea paroxística, tensional, neuralgia del trigémino, síndrome SUNCT. Cefaleas secundarias. Glaucoma agudo, arteritis de la temporal.

Comentario final: La cefalea es uno de los motivos de consulta más frecuente en AP, no sólo como consulta a demanda, también en urgencias. Su importancia radica en su incidencia, que varía entre un 2,5 y 9,8 casos/100.000 personas-año. Pueden ser primarias o secundarias. Las primeras representan entre el 64 y el 98% de las cefaleas atendidas en urgencias. Sin embargo, por el riesgo vital que pueden conllevar, el reto para el profesional es identificar las secundarias. CH, cefalea primaria, fácil de diagnosticar por lo típico del cuadro clínico, pero bastante desconocida a su vez. Más frecuente en varones, los episodios tienen recurrencia estacional y temporadas más dolorosas relacionadas con el consumo de alcohol, el estrés o el exceso de sueño. Es importante que sea reconocida lo antes posible para el tratamiento de una crisis en urgencias, destacando el papel del médico de familia en el diagnóstico y seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raskin NH. Cefalalgia. En: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna. 18.^a ed. México: McGraw-Hill; 2012.
2. Grupo de estudio Cefaleas SEN. Actitud Diagnóstica y Terapéutica en Cefalea. 2006.