



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2220 - Cefalea de evolución tórpida. A propósito de un caso

S. Bohorquez Batlle^a, P. Sánchez Galán^b, P. Canellas Sánchez^b, J. Eito Cuello^b y N. Guiral Fernández^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Barbastro. Huesca. ^bMédico de Familia. Servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro. Huesca. ^cMédico Internista. Hospital de Barbastro. Huesca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 46 años con antecedentes de cefalea migrañosa, obesidad y tabaquismo. Acude por presentar cefalea hem Craneal izquierda de moderada intensidad, de carácter continuo y con irradiación hacia región occipito-cervical sin otra sintomatología asociada. Exploración sin hallazgos significativos, afebril y sin objetivar focalidad neurológica inicial, por lo que se instaura tratamiento con antiinflamatorios ambulatorios. Transcurridos 15 días, sin mejoría a pesar del tratamiento, refiere inicio de sensación de acorchamiento en hemilengua izquierda, por lo que bajo sospecha de posible patología cerebro-vascular es derivada a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración destaca hipertensión, desviación de la lengua hacia la izquierda y leve disartria. Resto de exploración anodina. Se realiza TAC craneal que no muestra alteraciones tomodensitométricas cerebrales de interés clínico. Se instaura tratamiento, normalizando la tensión arterial pero persistiendo la cefalea y la focalidad neurológica descrita previamente. Se descartan lesiones en base de lengua, y tras valoración por neurología se decide ingreso para estudio. Durante su evolución, la paciente empeora de forma progresiva, apareciendo disfagia mixta con episodios de broncoaspiración, paresia de la cuerda vocal izquierda, disartria progresiva y disfonía, precisando ingreso en UCI para control de vía aérea con intubación orotraqueal y posterior traqueostomía. Se objetiva alteración asimétrica de pares craneales izquierdos IX, X, XI y XII, e hiperreflexia generalizada. Se realiza estudio con RMN, TAC de base de cráneo evidenciándose pequeña masa que rodea el agujero rasgado posterior izquierdo y estructuras adyacentes en probable relación a proceso infiltrativo o de origen inflamatorio.

Juicio clínico: Síndrome de Collet-Sicard de etiología indeterminada.

Diagnóstico diferencial: en el estudio de la cefalea, la localización, intensidad, irradiación del dolor y el patrón evolutivo son aspectos importantes a considerar para diferenciar la cefalea primaria y/o secundaria de otros procesos. En las cefaleas unilaterales de larga duración con características de participación cervical se deben descartar posibles causas infecciosas y/o patología inmunomediada. La migraña sin aura, la cefalea tensional y la hem Craneal continua son las que plantean los mayores problemas, ya que pueden compartir criterios diagnósticos de la International Headache Society (IHS) por lo que se deben considerar otras características para su diferenciación. Siempre que la cefalea se acompañe de focalidad neurológica (paresia de pares craneales bajos) se debe plantear la posible etiología traumática a nivel del foramen yugular y base del cráneo,

dissección carotídea y patología vascular o neoplásica de troncoencéfalo.

Comentario final: La cefalea puede ser la forma clínica inicial de la afectación de pares craneales, siendo muy importante desde atención primaria la realización de una exhaustiva exploración neurológica, repetidas veces incluso, durante el proceso patológico. Esta es la clave para la detección de síntomas y signos que darán la pauta para un diagnóstico preliminar que permita iniciar su estudio y tratamiento, favoreciendo el pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toledo JB, Riverol M, Martínez-Villa E. Headache in the emergency department. *SciELO*. 2008;31(1):75-85.
2. Eizaguirre JMM, Muñoz SC, Fernández MLG. Actitud de los médicos de atención primaria españoles ante la cefalea. *Elsevier*. 2006;38(1):33-8.
3. Gutiérrez Ríos R, Castrillo Sanz A, Gil Polo C, Zamora García MI, Morollón Sánchez-Mateos N, Mendoza Rodríguez A. Collet-Sicard syndrome. 2015;30(2):130-4.