



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2216 - Cefalea temporal izquierda recidivante con pérdida de visión ipsilateral e induración de art. Temporal. La importancia de los reactantes de fase aguda en su diagnóstico diferencial

R.M. Anillo Gallardo^a y M.A. Delgado Rodríguez^b

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 71 años, no DLP, no DM, antecedentes de cifras de HTA aisladas; acude a Atención Primaria por presentar de forma brusca cuadro de cefalea hemicraneal izquierda, acentuada en región temporal de 5 horas de evolución, acompañado de pérdida brusca de visión con mejoría en las últimas 2 horas. Refiere varios episodios parecidos anteriores en los últimos meses, presentando mejoría clínica con analgesia. Refiere cansancio constante, no mialgias ni claudicación masticatoria.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, COC, NHyNP, eupneica en reposo, afebril. Tonos rítmicos, puros sin soplos. MVC sin estertores ni ruidos sobreañadidos. PINRLA, MOECs, no alteraciones en los pc, no alteraciones en sensibilidad ni motricidad, ROT presentes y simétricos, Romberg negativo. No alteraciones en la campimetría, sí visión borrosa con OI. Oftalmoscopio: No se visualizan cruces arteriovenosas de importancia. Dolor a la palpación en arteria temporal izquierda con dilatación/induración de la misma. No dolor en otros puntos gatillo. Pruebas complementarias MAP: ECG: sin hallazgos, tensiones de 180/110 por lo que se le administra tratamiento con captopril S.L. Postratamiento: 155/79 mmHg y discreta mejoría sintomática. Ante la sospecha de arteritis de temporal se remite a servicio de Urgencias para completar estudio. Pruebas complementarias y actuación en S. Urgencias: Analítica incluyendo: hemograma, bioquímica, coagulación y PCR. Se pauta Nolotil[®] IV+ Bolo Urbason[®] 80 mg. Resultados: glucemia 108 mg/dl. PCR sin alteraciones (2,9 mg/L), Cr: 0,6 mg/ml. Hb: sin alteraciones (13,1 g/dl). Leucocitos: 8.010, neutrófilos: 4.400, linfocitos: 2.900. PLT: 298.000. Fibrinógeno sin alteraciones. Paciente asintomática, recuperación completa de la visión y sin cefalea. Dado que por el servicio de urgencias es imposible pedir valores de VSG, y ante la normalidad de parámetros que indiquen respuesta inflamatoria importante (PCR, leucocitos y fibrinógeno) se solicita valores de VSG que cursará forma ambulatoria, aconsejándose valoración urgente por S. Reumatología ante clínica actual y valores elevados de los mismos.

Juicio clínico: Crisis migrañosa con aura.

Diagnóstico diferencial: Arteritis de la temporal, cefalea en racimos, SUNCT, cefalea hemicránea paroxística, migraña retiniana, cefalea tensional.

Comentario final: En el diagnóstico de las cefaleas, además de tener en cuenta los parámetros clásicos de localización, duración, periodicidad de las crisis, síntomas concomitantes y de alarma; las guías diagnósticas advierten la importancia no sólo de descartar enfermedades de base, sino también la búsqueda de parámetros analíticos que guíen en el diagnóstico. En nuestro caso, a pesar de cumplirse 3 de los 5 criterios diagnósticos necesarios para diagnóstico de arteritis de la temporal (edad > 50 años, cefalea inhabitual, Hipersensibilidad/disminución del pulso de a. temporal) siempre debemos pensar en la fisiopatología del proceso que procedemos a diagnosticar, y complementar el estudio con hemograma, bioquímica estándar, PCR y fibrinógeno. De forma que reactantes de fase aguda no alterados, nos hará pensar en otro diagnóstico a pesar de cumplirse a priori los criterios diagnósticos establecidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Font J, Cervera R, Ramos-Casals M. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades autoinmunes sistémicas. *Rev Clin Esp.* 2013;205(8):379-82.
2. Salvarani C, Cantini F, Boiardi L, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. *N Engl J Med.* 2012;347:261-71.