



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1277 - Un gran dolor de cabeza

A.B. Moreno Hernández<sup>a</sup>, E. Sánchez Pablo<sup>a</sup>, M.I. Gómez López<sup>a</sup>, C.A. López Blanco<sup>a</sup> y R. Morales López<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Área de Salud II. Cartagena. <sup>b</sup>Médico de Familia y tutora de Residentes. Centro de Salud Cartagena Oeste. Cartagena.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 49 años, antecedentes de trastorno adaptativo mixto y rizartrrosis. Consulta por dorsalgia y cervicalgia de fuerte intensidad, de 1 semana, ha recibido tratamiento con aines y fisioterapia con mejoría parcial. Adicionalmente refiere cefalea de carácter opresivo y pulsátil, continuo, de predominio nocturno, que aumenta con las maniobras de Valsalva y despierta del sueño. Hace 4 días presentó episodio sincopal no típicamente vasovagal, con relajación de esfínteres. Posteriormente vómitos autolimitados. Luego de recuperación persiste dolor cervical, cefalea y mareos. Se refiere a urgencias, diagnostican rectificación cervical, pinzamiento C5-C6, indicando tratamiento médico. La paciente consulta nuevamente a los 3 días por persistir cefalea, se solicita realización de RMN. En vista de hallazgos es referida a consulta de neurología preferente donde deciden ingreso para estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** SV normales. Contractura de músculos paracervicales sin meningismo, tapón de oído izquierdo, Pupilas isocóricas normoreactivas, FM MMSS y MMII conservada, no focalidad neurológica. Roomberg negativo. No alteraciones de la marcha. No temblor. RMN: dudosa imagen de aspecto sacular en topografía de ACA precomunicante izquierda. TAC con contraste: Aneurisma sacular en la arteria carótida interna izquierda distal, clinoida, segmento C5-C6, de morfología bilobulada, de aprox 0,8 × 0,7 cm (APxCC), con un cuello que mide 0,38 cm. No signos de sangrado.

**Juicio clínico:** Cefalea secundaria con signos de alarma: Aneurisma sacular en la arteria carótida interna izquierda distal.

**Diagnóstico diferencial:** Hipertensión intracraneal idiopática. Disección de arteria cervical. Masa intracraneal. Ictus.

**Comentario final:** La cefalea, MC frecuente de urgencias, AP y atención especializada. Prevalencia anual 90%. Se define como dolor localizado en el cráneo, desde la región occipital hasta la orbitaria, se puede ampliar el término a las estructuras faciales y la región cervical. Clasificación: Primarias: 90% del grupo, no tiene causa específica ni base anatómica concreta. 1. Tensional: prevalencia 30-80% anual. 2. Migraña: prevalencia 15%. 3. Cefalea crónica diaria: prevalencia 3-5%, se asocia a abuso de fármacos. 4. Cefalea en racimos: prevalencia < 1%, más en hombres. Cefaleas secundarias: sustrato anatómico o etiopatológico concreto. Neuralgias craneales: poco prevalentes. La valoración inicial de un paciente con cefalea debe descartar patología urgente y buscar causas de cefalea

secundaria. Historia clínica: Es la herramienta más importante, detecta síntomas de alarma que sugieren patología grave subyacente, aportan información sobre factores predisponentes, precipitantes y cronificadores. Señales de alarma: inicio brusco, reciente con evolución progresiva. Nueva aparición > 50 y < 5 años. Unilateralidad estricta. Inicio con el ejercicio físico, tos o Valsalva. Despierta por la noche o impide el sueño. Se acompaña de fiebre no explicable. Intensa, inicio agudo o subagudo. Crónica que cambia sus características. Síntomas neurológicos no explicables por aura. Focalidad neurológica. Hipertensión intracraneal. Aura prolongada (> 60 min). Aura atípica. Los síntomas y signos de alarma nos sugieren patología grave subyacente. Exámenes complementarios: la TC se prefiere en caso de sospecha de hemorragia subaracnoidea, traumatismos craneales y lesiones óseas. Se prefiere su uso en situaciones de urgencia. La RM más sensible para detectar malformaciones vasculares, alteraciones de la sustancia blanca y lesiones de fosa posterior. Al final, la decisión de realizar o no estas pruebas dependerá del juicio clínico. La vasta mayoría de pacientes sin signos de alarma, no tendrán una cefalea secundaria.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Zamora V, Alventosa M. Cefalea y algias faciales. AMF. 2014;10(6):334-43.
2. Bajwa Z, Wootton RJ. Evaluation of headache in adults. Up to date (Internet). Disponible en <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-headache-in-adults>. Junio 2015.
3. Gil Campoy JA, et al. Documento de consenso. Guía rápida de cefaleas. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2012;38(4).