



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/2222 - DOCTORA, ME DUELE LA CABEZA Y TENGO EL OJO RARO

C. Gil Martínez^a, J. Valiente Rosado^a, A. Martínez Gómez^b, M. Macías Espinosa^c, E. Cordero Sánchez^c y R. Menaya Macías^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud El Progreso. Badajoz. ^bMédico de Familia. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Progreso. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 45 años sin alergias medicamentosas conocidas, no HTA, no DM, no DLP, no fumador, migraña ocasional que controla con naproxeno. Acude el 4/02/17 a Urgencias de Atención Primaria por dolor en ojo izquierdo de días de evolución, catalogan de crisis migrañosa y pautan ketorolaco intramuscular (no está registrada la exploración física). Seis días después acude a mi consulta por dolor frontal y ocular izquierdo que mejora parcialmente con naproxeno. Presenta además una sensación "rara" en el ojo, con agudeza visual conservada, no náuseas ni vómitos, no fotofobia ni sonofobia. Ante los hallazgos en la exploración física fue derivado a urgencias hospitalarias, con posterior ingreso en neurología e interconsulta a Cirugía Vascular. Se inició tratamiento con aas 300 mg y a día de hoy permanece asintomático.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, Glasgow 15 puntos, TA: 133/81, FC: 61 lpm. Exploración neurológica: pupila izquierda miótica con reacción a la luz, leve hiperemia conjuntival y leve ptosis parpebral. No déficit motor ni sensitivo. NO dismetría, Romberg negativo, marcha normal, tándem normal. En urgencias: TAC craneal: hallazgos en probable relación con malformación de Chiari I. Rx tórax: normal. Analítica: hemograma, coagulación, VSG, BQ con TSH normal. RMN craneal + angioRMN cerebral: sin hallazgos significativos. Ecodoppler dúplex de TSA y transcraneal: normales. Angiografía cerebral y TSA: se confirma la presencia de disminución del calibre de la luz en la porción petrosa de la ACI izquierda, en relación con displasia en dicho segmento.

Juicio clínico: Síndrome de Horner incompleto. Displasia de ACI bilateral, de predominio izquierdo. Probable disección de ACI izquierda.

Diagnóstico diferencial: Migraña, cefalea en racimos, tumor de Pancoast.

Comentario final: Las cefaleas son un motivo de consulta frecuente en nuestras consultas de atención primaria. No obstante, a pesar de que el paciente tenga un diagnóstico previo es importante hacer una buena anamnesis y, sobre todo, una exhaustiva exploración física. La displasia fibromuscular no es una entidad frecuente en nuestro medio, no obstante será un diagnóstico más a tener en cuenta ante una cefalea con alteración neurológica acompañante.

Bibliografía

1. Displasia fibromuscular de arteria carótida interna. Presentación de un caso. Revista Mexicana de Angiología. 2010;38(2).

Palabras clave: Cefalea. Anisocoria. Hiperemia conjuntival.