Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):499

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/1417 - UNA CEFALEA POCO CONVENCIONAL

F. Martínez García[1], M. Guillén Pérez[2], A. Kramer Ramos[3] y J. Teruel Ríos[1]

[1]Médico de Familia. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia. [2]Médico de Familia. Centro de Salud Abarán. Murcia. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón 34 años. Antecedentes: fumador de un paquete diario y trabajo a turnos, resto sin interés. Consulta por cefalea, de varios días, que no cede con analgésicos habituales. Se acompaña de síntomas neurológicos: inestabilidad, hormigueo en EEII de forma intermitente.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. No rigidez de nuca. No focos de dolor ORL, ni oftálmicos. TA y FC dentro rango. No alteraciones pares craneales. Fondo de ojo sin hallazgos. No pérdida de fuerza o sensibilidad en extremidades. El paciente encuentra poca mejoría y el fin de semana acude a urgencias hospitalarias. Posteriormente, vuelve a consulta, con naproxeno y lorazepam, al que añado amitriptilina y sulpiride de inicio, que modifico posteriormente por betahistina.

Orientación diagnóstica: Sospecha por los síntomas neurológicos de esclerosis múltiple. Solicito TAC y consulta en Otorrinolaringología y Neurología. Otorrinolaringología descartó patología propia. También el paciente, había presentado palpitaciones con ECG sin hallazgos. Cardiología descartó origen cardiológico. En primaria solicitamos: analítica general y TAC, encontrando ligero aumento TSH, siendo el resto normal. Neurología solicitó: RMN cerebral (mejor que TAC en enfermedades inflamatorias desmielinizantes). La primera RMN sin contraste y después, con contraste, informando de lesiones hiperintensas en T2 cerebrales. Además, analítica con serología y autoinmunidad. Con posterior punción lumbar y los estudios inmunológicos, se confirmó el diagnóstico de “esclerosis múltiple”.

Diagnóstico diferencial: Otras cefaleas, diferentes tipos de arritmias, mareos de causa otorrinolaringológica, cervicalgias, afectaciones maxilofaciales.

Comentario final: En la mayoría de los casos, es necesario el concurso de atención primaria y atención especializada. Es claro que la puerta de entrada del paciente al sistema es habitualmente la atención primaria y esta debe moderar las diferentes remisiones a especializada y pruebas diagnósticas.

Bibliografía

1. Cristiano E, Rojas JI, Abad P, Adoni T, Barahona J, Becker J, et al. Consensus recommendations

for the diagnosis and treatment of primary progressive multiple sclerosis in Latin America. J Neurol Sci. 2018;393:4-13.
2. Martínez-Altarriba MC, Ramos-Campoya O, Luna-Calcano IM, Arrieta-Antón E. Revisión de la esclerosis múltiple. Diagnóstico y tratamiento. Semergen. 2015;41(6):324-8.

Palabras clave: Cefalea. Esclerosis múltiple.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.