Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2982

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/1383 - ME DUELE MUCHO LA CABEZA. Y VEO BORROSO

M. Fornos Rodríguez[1], Á. Peláez González[2], Á. Alonso Prendes[3] y D. García Palma[4]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sotrondio. Oviedo. Asturias. [2]Médico Adjunto de Urgencias. Hospital Valle del Nalón. Asturias. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Felguera. Langreo. Asturias. [4]Médico de Familia. Área VIII. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 71 años hipertenso, dislipémico y diabético tipo II que toma enalapril, metformina, acido acetilsalicilico y pravastatina. Acude a Urgencias por cefalea hemicraneal derecha con irradiación a cara y ojo derecho de 24 horas de evolución. El dolor es muy intenso, continuo y no cede con analgesia oral. Asocia lagrimeo profuso y fotofobia; así como visión borrosa con ese ojo. Asocia también malestar general con alguna náusea. No cuenta fiebre. Dado de alta de Urgencias por Neurología con diagnóstico de migraña con signos autonómicos, vuelve por mal control analgésico, con cefalea holocraneal y visión borrosa por ambos ojos, así como dolor con los movimientos oculares; abundantes vómitos y sin fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: Tª 36,2 ºC, TA 161/84, FC 76, saturación 100%. Exploración neurológica: consciente y orientado, lenguaje conservado, ambas pupilas midriáticas con reflejo pupilar directo y consensuado ausentes. Movimientos oculares conservados pero dolorosos. Campos visuales borrosos con ambos ojos. Resto de la exploración normal y signos meníngeos negativos. Ojos: pupilas midriáticas hiporreactivas, hiperemia conjuntival, lagrimeo abundante. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. No soplos carotídeos. TAC normal. Analítica de sangre y ECG sin alteraciones. Interconsulta a Oftalmología: pérdida de agudeza visual con ambos ojos, presión intraocular derecha 40 e izquierda 45. Cámaras anteriores estrechas y ambas pupilas hiporreactivas.

Orientación diagnóstica: Hipertensión ocular aguda bilateral, glaucoma agudo bilateral.

Diagnóstico diferencial: Cefalea en racimos, migraña con signos autonómicos, neuritis óptica, hipertensión intracraneal, accidente cerebrovascular.

Comentario final: Un cuadro de cefalea intensa que no cumpla los criterios de cefalea primaria o que presente signos de alarma como alteración de la visión obliga a estar alerta. Una correcta anamnesis puede orientar el diagnóstico y un TAC cerebral puede ser necesario para descartar procesos cerebrales agudos. Sin embargo, muchas veces es necesario investigar patología no cerebral y realizar una buena exploración del ojo (realizar fondo de ojo, medir la presión intraocular) para descartar patologías como el glaucoma agudo y evitar repercusiones tan negativas como la pérdida de visión permanente

Bibliografía

1. Bajwa ZH, RJ Wootton, Wippold FJ. Evaluation of headache in adults. [Internet]. UpToDate, 2018. (Acceso Jul, 2019). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-headache-in-adults
2. Weizer JS. Angle-closure glaucoma. [Internet]. UpToDate, 2019. (Acceso Jul 4, 2019). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/angle-closure-glaucoma

Palabras clave: Dolor de cabeza. Pérdida aguda de visión. Glaucoma.

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