



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 482/1294 - NO TE TOMES A BROMA UNA CEFALEA Y UNA PTOSIS JUNTAS

E. Aparicio Castaño<sup>1</sup> y M. Aparicio Castaño<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuenca 1. Cuenca. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Churriana de la Vega. Churriana de la Vega. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 50 años con antecedentes de hernia de hiato pendiente de cirugía, fumador y bebedor, que trabajaba en la construcción, que consultaba por cefalea de 7 días de evolución, de tipo opresiva, pulsátil en región parietal izquierda por la tarde, no controlada con analgesia habitual, sin episodios previos similares, ni insomnio asociado, sin náuseas ni vómitos, y sin traumatismo asociado. Asociaba ptosis de ojo izquierdo, sin dolor ocular, ni pérdida de agudeza visual ni visión doble.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración neurológica: MOE y MOIS conservados. No nistagmus. Ptosis y miosis arreactiva en ojo izquierdo. Resto de pares craneales normales, sin alteración de fuerza y sensibilidad conservada. Sin alteración de la marcha. Funciones superiores conservadas. Afebril, sat 96% basal, FC 70 lpm. Auscultación cardiopulmonar sin soplos ni ruidos sobreañadidos. Se derivó al hospital para completar estudio en Neurología, donde se completaron las siguientes pruebas complementarias: Fondo de ojo izquierdo normal. Sin alteración del nervio óptico. TC cerebral sin particularidades. RMN cerebral: lesión esclerosa hipercaptante de 23 × 6 mm sin compromiso encefálico ni orbitario que podía corresponder a un meningioma intraóseo o a una displasia fibrosa. RC abdomino-pélvico: sin hallazgos compatibles con metástasis. Se consideró un tipo de cefalea en racimo.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome de Horner izquierdo secundario a probable cefalea vascular (en racimo). Meningioma/displasia fibrosa frontal derecha.

**Diagnóstico diferencial:** Disección intracraneal de la arteria carótida interna. Síndrome de Marfan. Hemorragia subaracnoidea. Hematoma subdural crónico.

**Comentario final:** La cefalea es una de las enfermedades más prevalentes en Atención Primaria, teniendo gran variedad de entidades clínicas. Una buena anamnesis y exploración física son fundamentales para discernir aquellas entidades sin riesgo aparente de otras que sí lo implican, como lesiones intracraneales, patología cerebrovascular o complicaciones cardiovasculares, y de esta forma, evitar en dichos casos un pronóstico infausto. La clínica del caso presentado es típica de la disección de la arteria carótida interna, cuya morbimortalidad es muy elevada y alto riesgo de complicaciones; siendo por otro lado una expresión poco habitual de las cefaleas en racimo, dentro del abanico que abarcan. De ahí la importancia de descartar las causas más frecuentes de cefalea ante la presencia de signos de alarma.

## **Bibliografía**

1. Rodríguez-Antigüedad Zarranz A. Guía de práctica clínica en cefaleas. SEN. 2015.

**Palabras clave:** Ptosis. Cefalea. Síndrome de Horner.