



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/1518 - DOCTORA, NO LEO EL WHATSAPP

G. López Escobar<sup>1</sup>, A. López López<sup>1</sup> y L. Carretero Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga. <sup>2</sup>Enfermera. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 24 años sin antecedentes de interés que acude a consulta por pérdida brusca de visión, autolimitada en el ojo derecho, de una hora de duración, sin otra clínica neurológica. El campo de visión lo ha ido perdiendo de manera progresiva “en cortina”. Este evento ha ocurrido en dos ocasiones en el último mes, pero en el día de hoy ha presentado después cefalea hemicraneal derecha pulsátil periorbitaria sin características migrañosas, no cede con antiinflamatorios, motivo por el cual acude. No antecedente personal de migraña ni antecedentes familiares migrañosos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, sin focalidad neurológica. Glasgow 15. Tensión arterial 130/70 mmHg. Pupilas isocóricas normoreactivas. Marcha conservada. Escala visual analógica (EVA) 7. El paciente se remite a Urgencias, primero es valorado por Oftalmología sin alteraciones. Después, se administra antiinflamatorio no esteroideo (AINE) más ansiolítico con cesión del dolor. Además, se le realiza tomografía axial computarizada craneal con dudosa hipodensidad que afecta a sustancia blanca y sustancia gris en lóbulo occipital izquierdo, sin efecto masa, que podría corresponder a lesión vascular en territorio de arteria carótida proximal izquierda. Se decide ingreso en Neurología a completar estudio.

**Orientación diagnóstica:** Accidente isquémico transitorio (*amaurosis fugax*) por afectación de carótidas.

**Diagnóstico diferencial:** Crisis epiléptica focal. Crisis migrañosa con aura.

**Comentario final:** Durante el ingreso en Neurología se realiza resonancia craneal y angiotomografía computarizada (angio-TC) de carótidas sin alteraciones. Se decide alta con diagnóstico de migraña con aura y revisión por Neurología. La migraña es más prevalente en mujeres y se inicia antes de los 30 años. El 15% de las migrañas se preceden de aura (duración menor de 60 minutos). Lo más frecuente son síntomas visuales seguidos de sensitivos (al menos uno es unilateral), pudiendo coexistir siguiendo un patrón secuencial (visual, sensitivo, alteración del lenguaje). También, hay una entidad de aura sin cefalea más característica de migraña de larga evolución. Es importante en la cefalea detectar síntomas de alarma para la correcta derivación al Servicio de Urgencias.

### Bibliografía

1. Jurado-Cobos CM, Montero-Perez FJ, Jiménez-Murillo L, et al. Cefaleas En: Jiménez Murillo L, ed. Medicina de Urgencias y emergencias, 6ª ed. Barcelona: Elsevier. 2019.

**Palabras clave:** Migraña. Aura. Amaurosis fugax.