Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):65

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1588 - CEFALEA EN RACIMOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. del Campo Giménez[a], M. Azorín Ras[a], Y. Martínez Fernández[a], A. Fernández Bosch[a], C. Cuevas Sánchez[b], M. Ruipérez Moreno[c], M. Nieto Vitoria[d], F.J. Lucas Galán[c], J.M. Picazo Cantos[e] y C. García Culebras[f]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [f]Médico de Familia. Centro de Salud Zona IV. Albacete. [b]Enfermero Especialista Enfermería Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Hellín II. Albacete. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona V. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 30 años, fumador, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, ni tratamiento habitual, que acude a urgencias por cefalea hemicraneal izquierda de inicio en región occipital que se irradia hacia región frontal hasta región retroorbitaria izquierda, de instauración rápida, se acompaña de fotofobia y sonofobia junto con lagrimeo e inyección conjuntival de ojo izquierdo, de aproximadamente 2 horas, cursando en brotes con episodios similares al descrito. Asimismo el paciente refiere mal estado general con sensación nauseosa y vómito sin productos patológicos. No refiere fiebre ni otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: El paciente presenta una exploración física general anodina. La exploración neurológica es la siguiente: consciente y orientado en las tres esferas. Funciones superiores normales. Pupilas isocóricas y normorreactivas. No defectos campimétricos por confrontación. MOEs conservados, no nistagmo. Facial centrado, resto de pares craneales sin alteraciones. No déficit motor, ni déficit sensitivo. No dismetría dedo-nariz. No diadococinesias. Romberg negativo. ROTs presentes y simétricos. No alteraciones de la marcha. No signos meníngeos.

Juicio clínico: Cefalea en racimos.

Diagnóstico diferencial: 1) Cefalea tensional. 2) Migraña. 3) Glaucoma. 4) Cefaleas secundarias.

Comentario final: El diagnóstico de la cefalea en racimos en clínico; teniendo en cuenta los criterios diagnósticos de la International Headache Society. En este caso utilizamos como tratamiento sintomático analgesia del primer escalón analgésico, corticoterapia a dosis altas y oxigenoterapia a alto flujo. El sumatriptán 6 mg es el tratamiento farmacológico más eficaz para las crisis de dolor. Como tratamiento preventivo encontramos fármacos como el verapamilo, un fármaco seguro y de primera elección. Es importante conocer del diagnóstico diferencial de las cefaleas, un motivo frecuente de consulta en los servicios de atención primaria y urgencias, la detección de datos de alarma y el tratamiento a realizar en cada uno de los casos, así como los criterios de derivación a neurología.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª ed. Elsevier.
2. Gil Gómez FJ, et al. Actualización del manejo de las cefaleas en Urgencias. Medicine. 2015;11:5331-6.
3. Higes Pascual F, et al. Cefalea (III): cefalea en racimos, secundarias, farmacológicas y respondedoras a indometacina. Medicine. 2015;11:4167-83.

Palabras clave: *Cefalea secundaria. Cluster. Tratamiento.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.