



242/884 - CEFALEA. A RAÍZ DE UN CASO ATÍPICO

A. Lindo Martín^a, M. Mombiola Muruzabal^b y Á. Lindo Torres^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monte Rozas. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Monte Rozas. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Galapagar. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años. No antecedentes de interés. Acude a su médico de Atención Primaria (AP) refiriendo, desde hace dos años, cefalea hemicraneal unilateral, continua, de presentación diaria, con exacerbaciones de hasta 4-5h, cediendo, ocasionalmente con AINEs. No refiere inyección conjuntival, edema palpebral, rinorrea, fotofobia ni fotofobia ni cortejo vegetativo asociado.

Exploración y pruebas complementarias: Previamente había sido valorado en Otorrinolaringología, Oftalmología, y Neumología en la unidad del sueño, sin encontrar causa aparente y en Neurología donde se realizó una resonancia magnética craneal informada como con ausencia de patología intracraneal. Diagnosticado de cefalea tensional se inició tratamiento con triptizol con discreta mejoría transitoria. En consulta de AP, se realizó una exploración neurológica exhaustiva, sin hallazgos de focalidad neurológica. Radiografía de tórax con ausencia de alteraciones sin infiltrados ni nódulos y analítica anodina. A pesar de la ausencia de cortejo autonómico parasimpático, dadas las características del dolor, se decidió iniciar tratamiento con indometacina, tras lo que desaparecieron los síntomas. El tratamiento fue retirado en pauta descendente a los 2 años, permaneciendo asintomático desde entonces.

Juicio clínico: Cefalea hemicraneal crónica.

Diagnóstico diferencial: Cefalea cluster. Hemicránea paroxística. Cefalea tensional.

Comentario final: El diagnóstico diferencial se debe realizar entre las principales cefaleas con cortejo trigeminal autonómico, atendiendo a la frecuencia de los episodios y existencia de exacerbaciones. A pesar de ello, existen casos que no se ciñen a los criterios típicos diagnósticos como el caso que se presenta de cefalea hemicránea continua, siendo una cefalea persistente, estrictamente unilateral, sin asociar inyección conjuntival ipsilateral, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudor facial y facial, miosis, ptosis y/o edema palpebral, y/o con inquietud o agitación y que como en este caso, el dolor de cabeza es absolutamente sensible a la indometacina. No obstante, siempre debe haber unas pruebas complementarias que apoyen el diagnóstico en una táctica de exclusión de organicidad.

Bibliografía

1. Garza I, Schwedt TJ. Hemicrania continua. UpToDate; 2017.

Palabras clave: Cefalea. Cortejo. Indometacina.