Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2335

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/1812 - SÍNTOMAS DE ALARMA ANTE UNA CEFALEA

C. Prieto Justicia[a], A. Mateo Cárdenas[b], A. Bárcena Atalaya[c], A. Peñato Luengo[d], M. Catalina Moñino[b] y E. Subires Arnedo[e]

[a]Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera Norte. Sevilla. [b]Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera Sur. Sevilla. [c]Médico de Familia. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. [d]Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaira. Sevilla. [e]Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 73 años, fumador, diagnosticado de cefalea en racimos, que consultó en atención primaria por cefalea de dos días de evolución de características distintas a las habituales, de mayor intensidad y duración, que no ceden con el tratamiento habitual (triptanes), asociada a vómitos y sensación de giro de objetos, con posterior caída al suelo sin pérdida de conocimiento. Al día siguiente, acudió nuevamente a atención primaria por presentar disartria leve, inestabilidad de la marcha con ataxia, motivo por el que derivaron a urgencias hospitalarias para continuar estudio.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración por aparatos fue normal, salvo en el plano neurológico donde se objetiva nistagmo horizonto rotatorio a la derecha, disartria leve, parestesia de hemicara izquierda y dismetría de hemicuerpo izquierdo (Escala NIHSS = 4 puntos). Se solicitó hemograma, coagulación y bioquímica que fueron normales, y una TAC de cráneo donde se observó una lesión hipodensa de morfología geográfica, corticosubcortical, en hemisferio cerebeloso izquierdo, compatible con lesión isquémica aguda (al menos 24 horas de evolución) dependiente de ACP izquierda.

Juicio clínico: Ictus isquémico subagudo de PICA izquierda.

Diagnóstico diferencial: Se debe realizar con la hemorragia subaracnoidea, meningoencefalitis aguda, aura migrañosa y otras cefaleas vasculares, encefalopatía hipertensiva, trombosis de senos y venas intracraneales, cefaleas agudas de origen ocular (glaucoma agudo, iridociclitis), cefaleas agudas de origen otorrinolaringológico (sinusitis aguda, otitis aguda), cefalea asociada a la arteritis de la arteria temporal.

Comentario final: La cefalea es uno de los motivos de consulta más frecuente, tanto en asistencia primaria como en especializada. En un bajo porcentaje de pacientes la cefalea es debida a una enfermedad grave subyacente; por ello es de gran importancia realizar una anamnesis y exploración física completas para detectar a aquellos pacientes con una enfermedad causal grave.

Bibliografía

1. Gil Campoya JA, González Oriab C, Fernández Recio M, Gómez Arandab F, Jurado Cobo CM, Heras Pérez JA. Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Neurología (SAN) y Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía). Criterios de derivación. Semergen. 2012;38:241-4.

Palabras clave: Cefalea. Ictus. Ataxia.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.