Semergen. 2016;42(Espec Congr 3):295

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

P-315 - MIGRAÑA CON AURA Y ANGOR

N. Santos González[a], A.A. Romero Gandul[a] y L.M. Alcántara López[b]

[a]CS Almodóvar del Río. [b]CS Posadas.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 37 años que acude al centro de salud por dolor centrotorácico opresivo no irradiado, no relacionado con esfuerzos y no acompañado de cortejo vegetativo, desde hacía unos 10 minutos. En electrocardiograma se evidencia HBRD sin alteraciones agudas de la repolarización. En pocos minutos el dolor cede y se deriva al hospital para realización de pruebas complementarias. Una vez en urgencias del hospital comienza con cefalea frontal bilateral intensa, fonofotofobia y acorchamiento de miembro superior derecho y hemicara derecha, además de dificultad para articular palabras de forma intermitente. Se ingresa en Neurología para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: destaca hipostesia faciobraquial derecha más paresia 4/5 en miembro superior derecho. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación normales. Enzimas cardíacas negativas. EKG: RS 60 lpm sin alteraciones de la repolarización. TC craneal: no alteraciones en la densidad del parénquima cerebral, signos de sangrado ni colecciones extraxiales. Sistema ventricular centrado. Sistema ventricular centrado. Angio-TC A. coronarias: ausencia de lesiones coronarias. RMN craneal: sin alteraciones patológicas.

Juicio clínico: Migraña con aura (episodio sensitivo-motor faciobraquial derecho transitorio). Angor (posible angina de Prinztmetal).

Diagnóstico diferencial: Migraña: holocraneal, pulsátil, incapacitante, acompañada de náuseas, vómitos y sonofotofobia. Cuatro fases: pródromos, aura, dolor y resolución. Cefalea en racimos: unilateral con inyección conjuntival, lagrimeo, rinorrea y ptosis palpebral. Cefalea tensional: tipo más frecuente. Holocraneal u occipital, de carácter opresivo y sigue un curso clínico episódico o crónico con dolor diario en los periodos sintomáticos. Cefalea cervicogénica: unilateral, acompañada de dolor cervical y precipitado por maniobras cervicales. Cefalea postraumática: parte del síndrome postraumático: insomnio, amnesia, labilidad emocional, irritabilidad, fatiga, desequilibrio, mareo, etc. Neuralgia occipital: en el territorio de los nervios occipitales con disfunción sensitiva (parestesias, hipoestesia), hipersensibilidad a la palpación y exacerbaciones lancinantes. Disección carotídea: inicio abrupto, unilateral y en región cervical. Signo de Horner en el lado sintomático.

Comentario final: La migraña se ha asociado a un aumento del riesgo de infarto de miocardio y de ictus isquémico. La fisiopatología no se conoce por completo, se trata de un trastorno cerebral hereditario, en el que intervienen mecanismos vasculares (alteración de la reactividad vascular independiente de factores de riesgo cardiovascular). En este paciente se pensó que el aura se

asociaba a un espasmo coronario, aunque no se realizaron pruebas de provocación durante la angiografía coronaria para confirmar el diagnóstico de angina de Prinzmetal. Se respalda la idea de que la migraña con aura podría ser una manifestación de un trastorno vasospástico general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International. Classification of Headache Disorders. Cephalalgia. 2004;24 (sup 1):8-160.

2. ANAES. Recommendations for clinical practice. Review of diagnosis and treatment of migraine in the adult and child October 2002. Professional recommendations and references: economic evaluation service. Rev Neurol. 2003;159:S5-15.

3. Dalkara T, Nozari A, Moskowitz MA. Migraine aura pathophysiology: the role of blood vessels and microembolisation. Lancet Neurol. 2010;9:309-17.

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