



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

264/174 - UN TALADRO EN LA CABEZA

S. López Mesa^a, M. Bosch Racero^b, A. Domínguez García^a, C. Ramírez Martín^c, A. Herrera Rodríguez^d y M. Espada Villarrubia^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Hospital Costa del Sol. Málaga. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel. Benalmádena. Málaga. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 39 años acude por sensación de ruido de describe “como un taladro” en zona temporal derecha, seguido de cefalea periorbicular ipsilateral con fono y fotofobia y lagrimeo. Inicio hacía unas 48 horas. Refería también astenia y “moratones” frecuentes. Antecedentes personales y familiares: Sin interés clínico.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiopulmonar normal. No soplos carotídeos, ni engrosamiento de arteria temporal. Otoscopia y polo anterior de ojo derecho normal. Exploración neurológica: pares craneales normales. Funciones cerebrales superiores normales conservadas. Fuerza muscular conservada. Signo punta-dedo-nariz normal. Romberg negativo. Marcha en tándem conservada. Equimosis en zonas de extensión de miembros. Evolución: se cataloga de migraña vs cefalea en racimos, se pauta tratamiento sintomático, se solicita analítica y control en una semana. Se explican síntomas de alarma por los que acudir a urgencias. Analítica: leucocitos 700, Hb 7,2, plaquetas 26.000. Frotis s.p.: pancitopenia comprobada. Se observa de forma aislada células de hábito blástico, alguna de ellas con núcleo en hachazo que sugiere promielocito. Compatible con leucemia aguda. TAC cráneo: ocupación de surco a nivel temporal izquierdo por material de alta densidad compatible con pequeño sangrado subaracnoideo. No desplazamiento de línea media ni efecto masa a nivel infra ni supratentorial.

Juicio clínico: Hemorragia subaracnoidea en paciente con leucemia aguda.

Diagnóstico diferencial: Según perfil temporal: Cefalea súbita no recurrente: hemorragia subaracnoidea, ictus, disección arterial cervical. Cefaleas agudas de reciente comienzo: secundarias a infección intracraneal, secundaria a trombosis de senos venosos o venas cerebrales, arteritis de la temporal, secundarias a trastornos de la homeostasia, secundaria a ingesta o abstinencia de sustancias, secundaria a hipotensión arterial, secundaria a traumatismo craneoencefálico. Otras: trastornos oculares, ORL, ATM, alteraciones cervicales. Cefaleas agudas recurrentes: migraña, cefaleas trigémino-autonómicas (cefalea en racimos, hemicraneal paroxística, SUNCT/SUNA). Neuralgia (neuralgia del trigémino, neuralgia postherpética). Cefaleas agudas progresivas: síndrome de hipertensión intracraneal, hipertensión intracraneal idiopática (pseudotumor cerebro). Cefaleas crónicas diarias: migraña crónica, cefalea tensional crónica, cefalea por abuso de medicamentos.

Comentario final: Las cefaleas son una causa frecuente de consulta, en la que la anamnesis es el instrumento diagnóstico de mayor utilidad, debiendo incluir: antecedentes personales y familiares, edad de inicio e historia natural, forma de instauración, duración, horario de aparición o empeoramiento, localización, cualidad, intensidad, interrupción de sueño, síntomas acompañantes, factores que agravan o aliviando el dolor, respuesta a fármacos, presencia de síntomas que sugieran infección local o sistémica, así como inmunosupresión o comorbilidad de riesgo para cefalea grave. Si hay antecedentes de cefalea se indagará sobre posibles cambios de su patrón habitual. Exploración física: debemos determinar las constantes vitales, exploración general básica y una exploración neurológica completa para determinar la presencia de focalidad neurológica o meningismo. En ocasiones puede ser necesaria una exploración otorrinolaringológica u oftalmológica. La necesidad de pruebas complementarias viene determinada por la sospecha diagnóstica tras la anamnesis y la exploración física, así como la presencia de síntomas de alarma.

Bibliografía

1. Rozman C. Compendio de Medicina Interna, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
2. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7ª ed. Madrid: MSD; 2012.