



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

387/140 - CUANDO NO CEDE CON PARACETAMOL

I. Ostolaza Tazón¹, M. Castillo Iglesias², A. Santos Lastra³, G. Durán Román², N. Puente Ruiz⁴, P. González García⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Sardinero. Santander. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino. Castro Urdiales. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 34 años, como único antecedente hipertensión en tratamiento con valsartán y amlodipino que acude al centro de salud por cefalea de varias semanas de evolución con empeoramiento en los últimos días, siendo cada vez más frecuente e intensa, e interrumpiéndole el sueño. Comienza en región occipital hasta hemicara izquierda, siendo más intensa a nivel retro-orbitario. Asocia náuseas y vómitos de 24 horas de evolución. Ha acudido en el último mes en dos ocasiones a Centro de Salud a por medicación analgésica, siendo la sintomatología refractaria al tratamiento pautado.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable. En la Escala de coma de Glasgow puntuación de 15/15. Lenguaje de adecuada coherencia y fluidez. A la exploración no presenta focalidad de pares craneales ni de vías largas sensitivas ni motoras. A pesar de una exploración totalmente anodina, la anamnesis mostraba signos de alarma que requerían de la realización de una prueba de imagen para descartar causas de cefalea secundaria. Tanto el empeoramiento brusco de una cefalea crónica, la escasa respuesta al tratamiento analgésico correcto, como los recientes signos de hipertensión que refería la paciente, obligó a la derivación de la paciente a urgencias. En el servicio de urgencias se realizó TC craneal que objetivo una LOE fronto-parietal derecha que sugería tumoración primaria (meningioma vs hemangiopericitoma). Se derivó a consultas de Neurocirugía, previa realización de una resonancia magnética.

Juicio clínico: Cefalea secundaria a LOE fronto-parietal derecha a estudio.

Diagnóstico diferencial: Se debe realizar el diagnóstico diferencial con procesos vasculares de aparición aguda (hematoma cerebral secundario a un TCE, ACVA isquémico, hemorragias subaracnoideas, trombosis venosas), migrañas complicadas o incluso procesos infecciosos como la meningitis o una encefalitis.

Comentario final: La cefalea es uno de los principales síntomas referidos por los pacientes que acuden tanto a atención primaria como a urgencias. El mayor reto diagnóstico que supone esta entidad con los medios y el tiempo del que se dispone en las consultas de atención primaria, es saber diferenciar una cefalea primaria de una secundaria para su correcto manejo posterior. Mientras que una cefalea primaria se puede manejar desde las consultas de primaria con tratamiento sintomático y estrecho seguimiento en consultas, ante la sospecha de una cefalea secundaria se debe enviar al paciente a completar estudio a los servicios de Neurología, con mayor o menor urgencia en base a la gravedad y el pronóstico que sospechamos. Para ello hace falta conocer los criterios de clasificación de las cefaleas definidos por la ICHD (Clasificación Internacional de las cefaleas) y reconocer los criterios de alarma que nos obligan a la realización de pruebas de imagen para

descartar una cefalea secundaria.

Bibliografía

Gil Campoya JA, et al. Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Neurología (SAN) y Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía). Criterios de derivación. Semergen. 2012;38(4): 241-4.

Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd ed. Cephalgia. 2013; 24 Suppl 1:S9-160.