



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

## 160/1670 - Más que una cefalea

*M. Martínez López<sup>a</sup>, A. Miró Andreu<sup>b</sup>, A. Lax Hernández<sup>a</sup>, E. Rodríguez Fernández<sup>c</sup>, S.J. Conde Caverio<sup>d</sup> y M.J. Escudero Fernández<sup>d</sup>*

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año. Centro de Salud Mario Spreáfico. Archena. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año. Neurofisiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Archena. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mario Spreáfico. Archena. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 34 años que consulta por cefalea progresiva, intensa, pulsátil, de días de duración, le despierta por la noche y es resistente a tratamiento analgésico. Termina por asociarse a fotofobia, sonofobia, náuseas, vómitos y debilidad en hemicuerpo izquierdo. Es derivada a su hospital de referencia. AP: hipotiroides, fumadora y usuaria de ACHO.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. ACP, abdomen y MMII normal. Neurológico: consciente y orientada. Lenguaje y funciones superiores normales. Pupilas y MOES sin alteraciones. Movilidad facial con dudosa paresia facial central izquierda. Pares bajos normales. Fuerza 3/5 en hemicuerpo izquierdo: predominio distal. Sensibilidad normal. Sensibilidad posicional MSI alterada. Reflejos miotáticos: más vivo MII. RCP: indiferente izquierdo. Marcha: claudicación MII. TAC cerebral urgente: trombosis venosa dural. Hemograma, bioquímica y coagulación normal. Colesterol 224. Tg 273. LDL 119. HDL 50. Perfil hepático, albúmina, folato y vit B12 normales. Serología de lúes, hepatitis y VIH negativa. Orina normal. Estudio funcional de coagulación: sin alteraciones. Anticuerpos lúpico, cardiolipinas, no organoespecíficos, proteína S y C negativos. Sin alteraciones en estudio genético de coagulación. Rx de tórax: normal. ECG: RS 75 lpm. T negativa hasta V3. Ecocardiograma: sin alteraciones. Angio-RMN craneal: trombosis bilateral de la vena de Trolard y venas corticales superficiales, del seno longitudinal superior y senos transversos. Áreas yuxtacorticales frontales y parietales de infarto venoso bilaterales. Se comienza con HBPM. Durante el ingreso presenta mioclonías en la mitad inferior de la hemicara izquierda y paresia del MSI. EEG normal; tratamiento con levetiracetam. TAC craneal de control: mejoría de edema sustancia blanca.

**Juicio clínico:** Trombosis venosa cerebral. Hipercolesterolemia. Dislipemia.

**Diagnóstico diferencial:** Migraña-cefalea. Trombosis arterial cerebral. Hemorragia subaracnoidea. Pseudotumor cerebral. Lesiones expansivas.

**Comentario final:** La TVC es la presencia de un coágulo en la luz de un vaso venoso cerebral. Es más frecuente en la mujer, teniendo mejor pronóstico en ella. El embarazo y ACO son los principales factores de riesgo. El síntoma principal es la cefalea y crisis epilépticas. La sospecha diagnóstica es clínica y su confirmación mediante angioRMN/TAC. Cobra importancia en AP la historia clínica, basada en una detallada anamnesis y exploración neurológica y sistémica. Es necesaria la implicación sanitaria para mejorar la información y asistencia en materia anticonceptiva puesto que el 75% de mujeres en edad fértil usan ACHO. Es el ámbito de la AP (médico de familia, enfermero, matrona) el idóneo para realizar el consejo

anticonceptivo e informar de los efectos secundarios de los mencionados fármacos; como en nuestra paciente: mujer de 34 años, fumadora y dislipémica. Un diagnóstico precoz es vital en la TVC, ya que su inespecificidad clínica provoca retrasos diagnósticos que puede tener consecuencias fatales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Zarzanz JJ. Neurología. 5<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
2. Nadal M, Cols M. Evidencias en anticoncepción. FMC. 2014;21:228-38.