



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1841 - Cefalea... ¿vascular?

J. López Coscojuela<sup>a</sup>, J. López Coscojuela<sup>a</sup>, R. Regla Marín<sup>b</sup>, A.I. Uta<sup>b</sup>, L. Marcos Mayor<sup>c</sup>, C. Pueyo Ucar<sup>d</sup>, A. Marco Ibáñez<sup>c</sup>, M. Avellana Gallán<sup>e</sup>, C. Gramuglia Núñez<sup>f</sup> y C. Terrón Sánchez<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina de Familia y Comunitaria de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud de San José Centro. Zaragoza. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud de Manuel Encinas. Cáceres. Zona Norte. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. <sup>f</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud de San José Centro. Zaragoza. <sup>g</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. <sup>h</sup>Médico Residente de Medicina de Familia y Comunitaria de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud de San José Norte. Zaragoza. <sup>i</sup>Médica Adjunta de Familia. Centro de Salud de San José Centro. Zaragoza.

## Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 27 años sin alergias medicamentosas conocidas, estudiado por síndrome de Wolf Parkinson White (ablación en 2014). Consulta por cefalea hemicraneal parietal de 4 horas; asocia hemihipoestesia facial derecha y hemiparesia derecha de predominio braquial. El dolor se incrementa en decúbito y Valsalva, pero se resuelve tras tres días de ingreso en Neurología con tratamiento analgésico.

**Exploración y pruebas complementarias:** Glasgow 15, sin presentar alteraciones del equilibrio, campos visuales o lenguaje, pero sí hipoestesia en zona de mejilla, respetando zona frontal inicio de V2 y zona mandibular. La motricidad de la extremidad superior derecha está alterada, con leve caída y pronación en Barré y sensibilidad táctil disminuida, sin alterarse la dolorosa. Fondo de ojo normal. Persiste focalidad a las cuatro horas, por lo que el paciente ingresa en Neurología. Punción lumbar negativa. El ECG revela ritmo sinusal con bloqueo de rama derecha ya conocido. Analítica, TAC y RMN no revelan alteraciones apreciables. La EDTSA no revela alteraciones en ejes carotídeos, arterias cerebrales media, anterior y posterior. La clínica focal se corrige tras tres días en observación; se da de alta al paciente.

**Juicio clínico:** Cefalea primaria con síntomas neurológicos prolongados y de posible origen vascular.

**Diagnóstico diferencial:** ACV isquémico transitorio, infarto cerebral, cefalea primaria no migrañosa, aura sin migraña.

**Comentario final:** La cefalea vascular es un diagnóstico preliminar aplicable a aquellas cefaleas en las que un diagnóstico preciso de cefalea con focalidad neurológica autolimitada no fuese posible por defecto de información o control a largo plazo. Se estudiaron en primer lugar las etiologías de focalidad neurológica más apremiantes para el médico de atención primaria; eventos cerebrovasculares, hemorragia intracraneal, malformaciones arteriovasculares o aneurismas quedaron descartados por partida doble con las pruebas de imagen (TAC y RMN), que resultaron negativas en dos ocasiones separadas (horas tras el inicio del cuadro y dos días después del mismo; la posibilidad de un evento isquémico perceptible mediante prueba de imagen se consideró poco probable). Se desestimó un posible diagnóstico de evento cardiogénico complicado con tromboembolia carotídea o de arterias cerebrales mediante el uso de ecografía Doppler, que también fue negativo. De los síndromes con componente focal cuya presentación incluye la cefalea, la migraña con aura

es uno de los diagnósticos más prevalentes en la consulta de atención primaria. Según la tercera edición de la International Classification of Headache Disorders (ICHD-3), clasificamos este episodio como un cuadro de migraña hemipléjica (1.2.3 Hemiplegic Migraine), pero carecemos de un segundo episodio con el que asegurarnos el Criterio A establecido por la ICHD-3; el diagnóstico queda abierto en forma del juicio clínico presentado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3<sup>rd</sup> edition (beta version). Cephalalgia. [Internet] (Oxford, England, UK: Blackwell Publishing) Julio 2013; 33(9):629-808. Disponible en: <http://cep.sagepub.com/content/33/9/629.full.pdf+html>.
2. Goadsby PJ. Migraine pathophysiology. Headache. 2005;45(Suppl1):S14-S24.
3. Thomsen LL, Ostergaard E, Olesen J, et al. Evidence for a separate type of migraine with aura: Sporadic hemiplegic migraine. Neurology. 2003;60:595-601.