



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1149 - ¡Doctor, me duele la cabeza!

Á.C. Escribano Tovar^a, J. Moreno Lamela^b, D. Gómez Prieto^a, S. Sayago Gil^a, L. Páez Sánchez^c, B. Granados López^d, N. Matamoros Contreras^e, J.P. Moraga Galindo^f y M.D. Sánchez Alex^g

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. ^cMédico de Familia. DCCU Sanlúcar La Mayor. Distrito Aljarafe. Sevilla. ^dMédico Adjunto de Medicina de Familia. Centro de Salud de Macael. Almería. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. ^fMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Vejer de la Frontera. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 90 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca compensada, sin hábitos tóxicos asociados, que acude en varias ocasiones a la consulta de atención primaria por presentar cuadro de cefalea hemicraneal intensa, de características punzantes, localizándola sobretudo en el territorio de la arteria temporal izquierda, sin alteraciones visuales, acompañada de cuadro de artralgias generalizadas inespecíficas y astenia de varios días de evolución, así como dificultad en la masticación. No refiere focalidad neurológica asociada ni cuadro febril en los últimos días. Se realiza exploración neurológica completa en todas las ocasiones, así como toma de tensión arterial y auscultación cardíaca, sin encontrar ningún tipo de alteración significativa. Tras la toma de analgesia habitual, la paciente no refiere mejoría clínica, y dado que la sintomatología se había agravado durante los últimos días, se decide comenzar con tratamiento corticoideo, siendo la respuesta terapéutica satisfactoria. Tras ello, Se decide derivar al servicio de Medicina Interna para continuar con el estudio.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración, la paciente presentaba tensión arterial entorno a 145/80 mmHg. A la auscultación cardíaca destaca soplo aórtico sistólico, ya conocido previamente, siendo la auscultación pulmonar anodina. No se escuchan soplos carotídeos. Se realiza exploración neurológica, donde no se objetiva ningún tipo de focalidad ni alteraciones visuales asociadas, y sólo destaca hipersensibilidad a la palpación del área temporal izquierda. Se solicita analítica general, incluyendo VSG, con valores elevados, y proteinograma, siendo este compatible con síndrome inflamatorio crónico.

Juicio clínico: Posible arteritis de la temporal.

Diagnóstico diferencial: Se debería realizar diagnóstico diferencial principalmente con la polimialgia reumática. Otros diagnósticos diferenciales a tener en cuenta: cefalea tensional o migrañosa, y con vasculitis de gran vaso, como la arteritis de Takayasu; y de pequeño vaso como la poliangeítis microangiopática, granulomatosis de Wegener o poliarteritis nodosa.

Comentario final: La arteritis de la temporal o arteritis de células gigantes, es una vasculitis crónica de grande y mediano vaso, que ocurre con mayor frecuencia en personas ancianas. Se caracteriza por una combinación de inflamación focal responsable de las estenosis u oclusiones arteriales y de inflamación sistémica que se manifiesta como polimialgia reumática y síntomas constitucionales, así como pérdida visual, que suele

ocurrir hasta una quinta parte de los pacientes. Cuando se sospecha esta patología, tras la realización de historia clínica y exploración, se debe instaurar terapia corticoidea de manera inmediata para evitar la pérdida visual. Las pruebas complementarias que ayudan al diagnóstico es analítica sanguínea completa con reactantes de fase aguda (sobre todo la velocidad de sedimentación globular), y ecografía carotídea. El diagnóstico definitivo lo dará el resultado de la biopsia de la arteria temporal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pipitone N, Boiardi L, Salvarani C. Are steroids alone sufficient for the treatment of giant cell arteritis? *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2005;19:277-92.
2. Moreno Gallego I, Montano Alonso A. Patología articular inflamatoria del anciano en atención primaria. *Medifam*. 2002;12:266-71.
3. Solans-Laqué R, Pérez-López J, Bosch-Gil JA. Arteritis de células gigantes. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:624-7.