



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/546 - ¡Hágame caso, esta migraña no es la de siempre!

M. Ruiz Ruiz^a, M.P. Blanco Lara^b y A. Carmona García^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén. ^bMédico de Familia. Centro de Salud San Felipe. Jaén. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 28 años, sin antecedentes personales de interés, que ha consultado en varias ocasiones por migrañas con aura, sono y fotofobia que ceden parcialmente a AINEs y tratamiento específico neurológico (flunaricina). En esta ocasión, acude a nuestra consulta por una cefalea hemicraneal derecha que ella denomina “especial y distinta a la de siempre” opresiva con sonofobia y visión doble vertical, que según refería había ido empeorando hasta no poder mover ojo derecho (paresia del recto interno de ojo derecho). Dada la clínica, la derivamos al servicio de urgencias para estudio más rápido.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica: tiene las funciones superiores, lenguaje, sensibilidad y marcha normales. Romberg negativo. Pares craneales con paresia del nervio oculomotor, resto normal. Con la realización de 20 flexiones, usa la musculatura accesoria por fatigabilidad. Exploración oftalmológica: ojo coagulado. Ptosis leve derecha, resto normal. Analítica: hemograma, coagulación y bioquímica con valores en rango normal. ANAs, ENAs, ANCAs y anti-DNA negativos. Serología a *Rickettsia* y *Brucella* negativo. Punción lumbar, TAC y RM normal. EMG: Se registran 20 pares de fibras, uno de los cuales muestra un jitter aumentado, con bloqueo de transmisión. Test de hielo y tensilon positivos.

Juicio clínico: Miastenia ocular.

Diagnóstico diferencial: Se debe realizar con los diferentes tipos de migrañas e infecciones que puedan provocar diplopía como tumor cerebral, aneurisma, o algún tipo de infección como meningitis o absceso cerebral.

Comentario final: Aunque una paciente haga múltiples consultas por el mismo motivo, tenemos que prestar atención a la anamnesis por si surgen nuevos síntomas de alarma, como es nuestro caso. Con una pronta derivación por nuestra parte podemos conseguir un precoz diagnóstico.

Bibliografía

1. Figueroa Pérez JJ, Montiel Argáiz R. Parálisis del tercer par craneal. FMC. 2012;19:507-8.
2. Erdej A, Steiber Z, Gazdag A, Bodor M, Berta E. Differential diagnosis of graves orbitopathy. 2016;157:310.

Palabras clave: Migraña. Ptosis palpebral. Diplopía.