



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

## 212/3331 - Cefalea en paciente anciano. Vasculitis de grandes vasos

*T. Tigera Calderón<sup>a</sup>, S.F. Pini<sup>b</sup>, N. Fontanillas Garmilla<sup>a</sup>, E. Padrón del Castillo<sup>a</sup>, M. Pastrana Franco<sup>c</sup>, N. Virseda<sup>a</sup>, P. Hernández Martínez<sup>d</sup>, I. Sanles González<sup>d</sup>, H. Molina Llorente<sup>d</sup> y D. Toresano López<sup>d</sup>*

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Bezana. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. SUAP Alisal. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de mujer de 80 años con antecedentes personales: HTA. Asma bronquial. Hernia de hiato axial. Refiere un cuadro de cefalea hemicraneal derecha de tipo pulsátil progresiva en intensidad en el último mes con mala respuesta a los analgésicos habituales. No otros síntomas asociados.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 160/90. BEG. CyO en las tres esferas. CyC: pulsos de las arterias temporales presentes con hipersensibilidad a la palpación de la arteria temporal derecha. Tórax y abdomen: normal. EEII: pulsos presentes. SNC/P: No déficit neurológico. Pruebas complementarias (en el CS): Hg: Hb: 11,9 y VSG 40 con PCR: 3,9. BQ: normal. Rx de tórax: hernia de posterior diafragmática. En el hospital: biopsia de arteria temporal derecha: arteritis de células gigantes. Estudio nuclear: aortitis.

**Juicio clínico:** Cefalea en paciente anciano. Arteritis de células gigantes.

**Diagnóstico diferencial:** Cefaleas primarias: tensional, migrañas, cefalea en racimos. Cefaleas secundarias: ACVA, tumor del SNC, neuralgia del trigémino...

**Comentario final:** La arteritis de células gigantes es una vasculitis de grandes vasos que afecta en el 90% de los casos a pacientes mayores de 60 años. Los síntomas más frecuentes son cefalea, clínica de PMR, déficits visuales y claudicación mandibular entre otros. Analíticamente suele caracterizarse por VSG elevada y en el 5-10% de los casos la VSG puede ser normal al inicio del cuadro como ocurrió en nuestro caso. La base de su tratamiento son los corticoides asociados a otros inmunosupresores.

### Bibliografía

1. Calvo Romero JM. Rev Clin Esp. 2015;215:331-7.

**Palabras clave:** Cefalea. Vasculitis.