



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/271 - CEFALEA CON SIGNOS DE ALARMA

C. Sin Benítez^a, A. Margets Alomar^a, Y. Mora Coll^b y D. Ruiz Padulles^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Sagrada Familia. Barcelona.
^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Sagrada Familia. CSI. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 75 años con antecedentes de HTA y migraña de larga evolución que consulta por cefalea bitemporal opresiva de 15 días de evolución. Refiere que el dolor se ha intensificado en los últimos días, llegando a ser invalidante y despertándole por la noche. Asocia astenia y pérdida de 2 kg en 3 meses.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, normocoloreado. Exploración neurológica: nomina, repite, evoca, calcula con normalidad. Pupilas isocóricas normoreactivas simétricas. Pares craneales correctos. Campimetría por confrontación normal. No dismetría ni ataxia. Fuerza y sensibilidad conservadas en extremidades. Arterias temporales induradas y pulsátiles, de predominio izquierdo. AS: hemoglobina 121 g/L, VCM 90, plaquetas $410 \times 10^9/L$, leucocitos $10,33 \times 10^9/L$ (neutrófilo 65,7%, eosinófilos 0,4%, monocitos 5,9%, linfocitos 27,7%) VSG 85 mm/hora, proteína C reactiva 70,7 mg/L. Resto sin alteraciones. TC craneal: sin evidencia de lesiones agudas intracraneales. Ecografía temporal: aumento del grosor de pared vascular de ambas arterias temporales, disminución del flujo sanguíneo en su interior. Destaca signo "halo positivo" predominante en arteria frontal izquierda (rama de la temporal superior), imagen sugestiva de arteritis de células gigantes. Biopsia arteria temporal: ausencia de cambios inflamatorios.

Orientación diagnóstica: Arteritis de Horton.

Diagnóstico diferencial: Migraña. Cefalea tensional. Tumor intracraneal.

Comentario final: Se trata de un paciente con clínica de cefalea que no mejora con analgesia habitual y asocia signos de alarma. A la exploración destaca induración de las arterias temporales y signos de alarma, orientándose como arteritis de Horton. Se inicia corticoterapia a 1 mg/kg con mejoría de la cefalea y disminución de reactantes de fase aguda, permitiendo reducción de dosis progresivamente. Conclusiones: la cefalea es un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria, tratándose la mayoría de los casos de patología leve. Sin embargo, es necesario saber identificar los signos de alarma para poder realizar un diagnóstico y tratamiento precoz de otro tipo de patologías.

Bibliografía

- Levin M, Ward TN. Horton's disease: past and present. *Curr Pain Headache Rep.* 2005;9(4):259-63.
- Hunder GG, Bloch DA, Michael BA, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis. *Arthritis Rheum.* 1990;33:1122-8.

3. Smetana GW, Shmerling RH: Does this patient have temporal arteritis? JAMA. 2002;287:92-101.

Palabras clave: Cefalea. Arteria temporal. Signos de alarma.