Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 664

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/3943 - UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE CEFALEA PERIORBITARIA

E. Maquiera Díez[a], M. Serrano Noval[a], E. Cano Cobo[b] y M. Díaz González[a]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Lugones. Asturias. [b]Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Álvarez Buylla. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón, 31 años, antecedentes de tuberculosis pulmonar y hepatitis B. Acude a consulta porque 5 días antes comenzó con cefalea periorbitaria derecha, sin mejoría con analgesia habitual, lo relacionó con falta de sueño e ingesta de alcohol, a los dos días presentó visión borrosa. Sin antecedente traumático.

Exploración y pruebas complementarias: Sistémica normal. Afebril. Neurológica: diplopía monocular, paresia para la abducción de ambos ojos, hipoestesia en ala nasal derecha. Dado que se trata de una cefalea con signos de alarma (asociada a síntomas y déficit neurológicos) se remite a urgencias, donde realizan TAC craneal que es normal y posteriormente derivan preferente a neurología. Hemograma y coagulación: normal. Bioquímica incluyendo hemoglobina A1C, iones, función renal y hepática, VSG; PCR, proteinograma, enzima convertidor de la angiotensina, homocisteína: normal. Anticuerpos antifosfolípidos, ANAS, ANCAS, anti-Sm, anti-receptor de acetilcolina, anti-gangliósidos: negativos. Serologías: lúes, Brucella, Borrelia, virus neurotropos; VIH, VHA, VHD: negativas. Serología VHB: anti HBS, anti HBc, anti HBe: negativos; HBs Ag (positivo), Hbe Ag (positivo). LCR: glucosa 85 mg/dl, proteínas 31 mg/dl, ADA 3 u/l. Aspecto transparente. Cultivo bacteriano, hongos y micobacterias: negativo. Citología: linfocitos aislados, sin atipia. Inmunología: índice Ig G: 0,61. Síntesis de Ig G: 3,94. Electroenfoque: no se observan bandas oligoclonales. Eco-doppler troncos supraaórticos: normal. RMN: lesión infiltrativa del seno cavernoso derecho compatible con pseudotumor (Tolosa-Hunt).

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Orientación diagnóstica: Oftalmoplejía dolorosa (síndrome de Tolosa-Hunt), una vez descartadas otras etiologías. Se inicia tratamiento con corticoides a dosis altas con mejoría clínica.

Diagnóstico diferencial: Tumores intracraneales, aneurismas, trombosis del seno cavernoso, infecciones, vasculitis, sarcoidosis.

Comentario final: Aunque el diagnóstico definitivo del se llevó a cabo en atención especializada, es importante para los médicos de familia realizar una rigurosa historia clínica y un examen neurológico completo ante toda cefalea y reconocer los signos de alarma. Si aparecen debemos realizar estudios complementarios debido a la alta posibilidad de encontrarnos ante una cefalea secundaria como en este caso .

Bibliografía

1. Gil Campoy JA, González Oria C, Fernández Recio M, et al. Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Neurología (SAN) y Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía). Criterios de derivación. Semergen. 2012;38(4):241-4.
2. Zurawski J, Akhondi H. Tolosa-Hunt síndrome-a rare cause of headache and ophtalmoplegia. Lancet. 2013;382:912.

Palabras clave: Cefalea. Signos de alarma. Tolosa-Hunt.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.