



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

^aMédico de Familia. Centro de Salud Lugones. Asturias. ^bMédico 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 neurotrofos; 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).

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 opthalmoplegia. Lancet. 2013;382:912.

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