



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/808 - A PROPÓSITO DE UN CASO DE CEFALEA

J. Cuevas Gálvez^a, P. Jiménez Abarca^b y J. Trillo Fernández^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Málaga. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 73 años. No fumadora, alérgica a doxazosina FRCV: HTA grado III, DM2 y obesidad III. Antecedentes personales: asma bronquial, polimialgia reumática, insuficiencia venosa crónica. No antecedentes familiares de interés. Consultó en Atención Primaria por cefalea temporo-occipital (de características distintas a sus migrañas y refractaria a AINES), mareos con pérdida de visión de dos meses de evolución. Se solicita TAC craneal, analítica y se deriva a M. Interna con sospecha de arteritis de temporal, a descartar neuritis óptica isquémica.

Exploración y pruebas complementarias: Anamnesis: cefalea temporo-occipital casi a diario respetando algo el sueño, claudicación mandibular, dificultad para elevar MMSS, peinarse, dolor en MMII (viene en silla de ruedas) y dolor retroocular. Exploración: buen estado general, peso 80 kg, TA 152/85 mmHg, FC 76 lpm, Sat O2 98%. Auscultación cardiorrespiratoria: murmullo vesicular conservado, rítmico, no soplos. Palpación de temporales no indurada aunque ligeramente dolorosas. Analítica: Hemograma bioquímica y coagulación normales, VSG 105, TSH normal, HbA1c 7%. Autoinmunidad normal. TAC craneal: hipodensidad de la sustancia blanca periventricular y subcortical de probable etiología isquémico crónica.

Orientación diagnóstica: Arteritis células gigantes.

Diagnóstico diferencial: Cefalea migrañosa, arteritis de Takayasu, alteraciones temporomandibulares.

Comentario final: Ante la sospecha clínica + analítica (VSG 105) de arteritis células gigantes se inicia tratamiento con prednisona 50 mg y se realiza interconsulta con oftalmología para valoración oftálmica descartando neuritis óptica. Analítica postratamiento: hemograma y bioquímica normal, VSG 66 con gran mejoría de cefalea y clínica de la polimialgia reumática. Se realiza posteriormente 3ª analítica con VSG 26. Se fue reduciendo posteriormente la dosis de corticoides. En resumen se trata de una cefalea sugerente de arteritis de células gigantes, sin filiación histológica con clínica sistémica de polimialgia reumática con buena evolución tras tratamiento esteroideo.

Bibliografía

1. Dasgupta B, on behalf of the Giant Cell Arteritis Guideline Development Group Concise guidance: diagnosis and management of giant cell arteritis Clin Med. 2010;10:381-6.
2. Paraskevas KI, Boumpas DT, Vrentzos GE, et al. Oral and ocular/orbital manifestations of temporal arteritis: A disease with deceptive clinical symptoms and devastating consequences Clin Rheumatol.

Palabras clave: Arteritis temporal. Diagnóstico. Glucocorticoides.