

## 347/2005 - ALGO MÁS QUE UNA CEFALEA...

J. Estopá Valladares<sup>a</sup>, M. Llena<sup>b</sup>, J. de la Cruz Márquez<sup>c</sup> y C. Muñoz García<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Juncal. Torrejón de Ardoz. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Fresnos. Torrejón de Ardoz. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar. Alcalá de Henares. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 78 años con AP de HTA, anemia ferropénica y diverticulosis en tratamiento con omeprazol, hierro oral y valsartán que acude por cuadro de cefalea holocraneal pulsátil, constante, asociada a fotofobia, sonofobia, náuseas y vómitos de 10 días de evolución. En los últimos días presenta dificultad para la apertura palpebral (principalmente párpado superior derecho) y claudicación mandibular. Su hija refiere que en los últimos meses la paciente ha perdido peso, tiene menos apetito, está más cansada, se ha deteriorado su estado general, presenta episodios frecuentes de desorientación y comportamientos bizarros.

**Exploración y pruebas complementarias:** De la exploración general destacan unas arterias temporales induradas, no dolorosas, con pulsos débiles. Exploración neurológica con leve ptosis palpebral derecha, restricción a la aducción del ojo derecho con nistagmo horizontal inagotable del ojo izquierdo en la levoversión de la mirada. Además existe una restricción a la supraversión de ambos ojos. Marcha inestable con leve pulsión hacia la izquierda. Dados los hallazgos exploratorios se decide derivar a la paciente a urgencias hospitalarias, donde se le realiza analítica en la que se objetiva Hb 9,5 con VCM 84,5, plaquetas 473.000, INR 1,24, PCR 97,4. TC craneal sin lesiones agudas por lo que se le da de alta recomendando iniciar tratamiento con prednisona 1 mg/Kg/día, Adiro 100 mg cada 24 horas y se solicita RMN cerebral y angio-RM del polígono de Willis y troncos supraórticos para realizar de forma ambulatoria en la que se evidencian lesiones isquémicas agudas y subagudas en ambos hemisferios cerebelosos y en mesencéfalo (derecho).

**Orientación diagnóstica:** Oftalmoplejia internuclear derecha isquémica con lesiones agudas y subagudas en ambos hemisferios cerebelosos y en mesencéfalo derecho. Arteritis temporal.

**Diagnóstico diferencial:** Esclerosis múltiple, tumores, ACV, traumatismo o cualquier lesión del tallo encefálico.

**Comentario final:** La paciente presenta cuadro de oftalmoplejia internuclear isquémica y un proceso sistémico intercurrente compatible con arteritis temporal.

### Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill; 2012.
2. Hoffman GS. Giant Cell Arteritis. Ann Intern Med. 2016;165(9): 65-80.

**Palabras clave:** Arteritis temporal. Oftalmoplejia internuclear. Ictal.