



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2660 - DOCTOR, ESTE DOLOR DE CABEZA ES INSOPORTABLE

M. Cantueso García de Vinuesa^a, M. Martínez Fernández^b, M. Nieto Martos^c y J. Contreras Espejo^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Torredonjimeno. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 23 años que acude a consulta por cefalea de 3 días de evolución, de predominio frontal acompañado de mareos, sonofobia y fotofobia. Refiere mejoría con el descanso. Náuseas sin vómitos. No síntomas vegetativos. Afebril. Refiere visión borrosa en ocasiones.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, consciente orientada, normohidratada y perfundida. Exploración neurológica: pupilas isocóricas y normoreactivas, movimientos oculares conservados, pares craneales conservados. En la campimetría se observa déficit de visión en campo izquierdo en ojo izquierdo y diplopía. Fuerza conservada. No alteraciones en la sensibilidad, ni en la marcha ni en la coordinación. Tras la valoración en consulta de AP se considera remitir al paciente a urgencias: TAC craneal: lesión focal frontal izquierda con edema digitiforme. Posible etiología tumoral/infeccioso/inflamatorio subyacente. RMN craneal: lesión frontal izquierda 35 × 31 mm, hiperintensa en T2 que afecta a sustancia blanca. No efecto masa. Existe otra lesión de características similares a nivel temporooccipital izquierdo. Realce periférico del nervio óptico retrobulbar de manera bilateral, más acentuado en lado derecho.

Orientación diagnóstica: Enfermedad desmielinizante: esclerosis múltiple.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad inflamatoria desmielinizante, linfoma.

Comentario final: Esta paciente se presenta en consulta con una cefalea de corta duración y con características propias de migraña (predominio frontal, sonofobia, fotofobia, mejoría con descanso, etc.). Tras una exploración neurológica básica nos llama la atención el déficit visual del paciente por lo que se manda a urgencias para el estudio. De no ser por dicha exploración, hubiera existido el riesgo de que diagnosticáramos de migraña y mandemos a casa a la paciente con el tratamiento analgésico correspondiente. Este caso es un buen ejemplo de lo que supone realizar una adecuada exploración al paciente a pesar del corto tiempo del que disponemos en consulta de AP para cada enfermo.

Bibliografía

1. Álvaro-González LC. Migraine and evolutionary theory: paths for a clinical approach. *Rev Neurol.* 2016;63(7):315-25.
2. Fabian MT, Krieger SC, Lublin FD. Multiple sclerosis and other inflammatory demyelinating diseases of the central nervous system. In: Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, eds. *Bradley 's Neurology in Clinical Practice*, 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016.

Palabras clave: Neuritis óptica. Esclerosis múltiple. Cefalea.