

347/3309 - ESTE DOLOR DE CABEZA ME ESTÁ MATANDO

M. González Albóniga-Menor^a, A. González Gamarra^b, M. de las Cuevas Miguel^c y O. Arredondo Hortigüela^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Se trata de un paciente con hipercolesterolemia y migrañas, sin otros antecedentes de interés, que acude a la consulta de Atención Primaria por cefalea frontal de 3 semanas de evolución. Sin fiebre, sin otra focalidad neurológica ni ningún otro síntoma. Inicialmente controlaba el dolor con naproxeno, pero dado que cada vez era más intenso, y que las características eran diferentes a sus migrañas habituales, se decidió derivación a urgencias. A su llegada, se objetiva dificultad para la emisión y comprensión del lenguaje, por lo que ante la presencia de afasia, se activa código ictus intrahospitalario.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración neurológica, destaca afasia de predominio motor, con afectación multidominio de funciones superiores (frontal, temporal y parietal), sin afectación de pares craneales o motora. No rigidez de nuca ni otros síntomas neurológicos. TAC multimodal: no signos de sangrados ni otras alteraciones significativas. Durante su estancia en urgencias presenta un pico febril de 38,7 °C, por lo que se extraen hemocultivos × 2 y un sedimento de orina, y se decide realizar una punción lumbar, la que destaca pleocitosis linfocítica con hiperproteinorraquia.

Orientación diagnóstica: Dada la clínica de fiebre y cefalea y junto a los datos obtenidos en la punción lumbar, se decide ingresar al paciente en Neurología con diagnóstico de meningoencefalitis vírica.

Diagnóstico diferencial: La sospecha diagnóstica inicial es que se trate de un cuadro de encefalitis vírica, pero no se podría descartar una causa inflamatoria o disimune, PRES (síndrome de encefalopatía posterior reversible), tumoral, componente comicial o, en último lugar, causa vascular.

Comentario final: Es vital saber identificar los signos de alarma de una cefalea (inicio brusco, focalidad neurológica o fiebre, que aumente con Valsalva, que despierte por la noche, refractariedad a analgesia...) y saber cuándo derivar a los pacientes al Servicio de Urgencias.

Bibliografía

1. Solomon T, et al. Management of suspected viral encephalitis in adults--Association of British Neurologists and British Infection Association National Guidelines. *J Infect*. 2012;64(4):347-73.
2. Goadsby PJ, Raskin NH. Headache. In: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al., eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 18th ed. New York, NY: The McGraw-Hill Companies; 2012.

Palabras clave: Cefalea. Focalidad neurológica. Encefalitis.