



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4396 - ¿Y POR QUÉ NO PROBAMOS CON INDOMETACINA?

J. Caballero Ramos^a, J. Polo Benito^b, L. Domínguez-Palacios Barros^c y M. del Río García^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Se trata de un varón de 74 años con antecedentes de HTA e hipotiroidismo que acude hasta en 3 ocasiones a nuestra consulta por cefalea de varios meses de evolución. El paciente la describe como pulsátil, en región oftálmica, retroocular y maxilar derecha. Un dolor que se repite de forma episódica durante 5-10 minutos varias veces al día con intensidad muy elevada (9 o 10/10). Asocia inyección e hiperemia conjuntival junto con lagrimo durante el episodio. Durante esos episodios, el paciente acude a urgencias en varias ocasiones, dónde se prescriben diversos tratamientos (pregabalina, deflazacort, zolmitriptan...) sin conseguir mejoría completa. Además se decide derivación a neurología. En abril de 2018 tiene una recaída por la que acude a urgencias, siendo visto por el neurólogo de guardia que inicia tratamiento con indometacina a dosis de 25 mg/8h. En julio de 2018 acude a revisión refiriendo mejoría de los síntomas aunque sin cese absoluto tras lo cual se decide a aumentar a 50 mg/8h. Con esta dosis, el paciente refiere mejoría completa del dolor que prácticamente ha desaparecido en intensidad (1/10) y en frecuencia (uno en los últimos 15 días).

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física y neurológica, incluyendo fondo de ojo, fue completamente normal. Analítica con PCR, VSG... sin alteraciones. TAC cerebral (Solicitado por neurología): Sin hallazgos patológicos. RMN cerebral (solicitado por Neurología): Pendiente de realizarse en el momento actual.

Orientación diagnóstica: ¿Qué tipo de cefalea tiene este paciente? ¿Nos hacen falta pruebas complementarias?

Diagnóstico diferencial: Cefaleas trigémino-autonómicas: Cefalea en racimos, hemicranea paroxística y SUNCT. También incluiríamos a la neuralgia del trigémino. Descartaremos lesión estructural.

Comentario final: En base a la nueva clasificación de las cefaleas el paciente cumplía criterios para el diagnóstico de hemicranea paroxística episódica. -La absoluta respuesta del paciente al tratamiento con indometacina. Las características del dolor: Similares por ejemplo al de la cefalea en racimos pero con ataques más frecuentes de duración entre 2 a 30 minutos. ¿Episódica o crónica?

Bibliografía

1. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). *Cephalgia*. 2013;33(9):629-808.
2. Goadsby PJ. Trigeminal autonomic cephalgias. Pathophysiology and classification. *Rev Neurol (Paris)*. 2005;161:692.

Palabras clave: Indometacina. Cefalea. Hemicránea paroxística.