



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/32 - CEFALEA EN RACIMOS

L. Martínez Rego¹, A. Orbis Calleja², V. García Martín² y G. Rodríguez Mazón²

¹Médico de Familia. Centro de Salud Maqueda. Madrid, ²Médico de Familia. Centro de Salud Maqueda. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 40 años sin AP de interés, que acude a consulta de su MAP por dolor intenso en región orbitaria derecha de unas tres horas de evolución, que le ha impedido conciliar el sueño, junto con edema y eritema palpebral de dicho ojo. No antecedente de traumatismo ocular, ni de patología dental.

Exploración y pruebas complementarias: Edema y eritema de párpado derecho, con sutil inyección conjuntival ipsilateral, no ptosis, no miosis, ni disminución de agudeza visual, intenso dolor a la movilización ocular. Se decide derivar a urgencias con sospecha inicial de celulitis preseptal vs orbitaria. Fue valorado por oftalmología con diagnóstico de celulitis preseptal tras descartar mediante TAC craneal y orbitario otras causas posibles y fue dado de alta con tratamiento antibiótico vía oral. El paciente vuelve a su MAP a los 5 días por nuevo episodio de similares características, recalando 3-4 episodios de dolor orbitario unilateral derecho de unos 30-60 minutos de duración junto con lagrimeo y continuidad del edema palpebral del mismo ojo. Reajustando el diagnóstico diferencial inicial su MAP considera posible la cefalea en racimos como causa de su dolor ocular y le deriva de nuevo a urgencias con sospecha de dicho cuadro. En esta ocasión fue valorado por neurología quien puso tratamiento con sumatriptán sc y oxigenoterapia a alto flujo con remisión completa del cuadro.

Orientación diagnóstica: Cefalea en racimos, de Horton, histamínica o de Cluster.

Diagnóstico diferencial: Causas locales: Origen ocular (patología palpebral como la celulitis preseptal, uveítis, glaucoma, conjuntivitis, epiescleritis), Origen orbitario (neuritis ópticas), Pseudotumor orbitario (celulitis orbitaria, tumores orbitarios). Dolor referido: Causas neurológicas (migraña, cefalea en racimos, herpes zoster oftálmico, neuralgia del trigémino). Causas vasculares (arteritis de la temporal, fístula carótido-cavernosa). Causas otorrinolaringológicas (sinusitis, otitis).

Comentario final: No todo dolor ocular tiene su origen en el globo ocular, de ahí la importancia de plantear un buen diagnóstico diferencial inicial, a partir del cual a través de una exhaustiva anamnesis y exploración nos permitan llegar al diagnóstico final. Además a través de este caso, se demuestra la gran labor de la AP ayudando a redirigir el caso, cuando no existe mejoría del mismo.

Bibliografía

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. Cephalalgia. 2013;33:629-808.
2. Seltz LB, Smith J, Durairaj VD, Enzenauer R, Todd J. Microbiology and antibiotic management of orbital cellulitis. Pediatrics. 2011;127:e566-72.

Palabras clave: Dolor ocular. Cefalea en racimos.