



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/3315 - A PROPÓSITO DE UN CASO. LA IMPORTANCIA DE UN ADECUADO ENFOQUE DIAGNÓSTICO- TERAPÉUTICO EN LAS CEFALEAS

M. Caballero Baena¹, M. Portero Prados², D. González Lorenzo³ y A. Maqueda Vilchez⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Maribañez. Los Palacios. Sevilla.

²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Sevilla.

³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Isidro. Los Palacios y Villafranca.

Sevilla. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera Norte. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 28 años como AP de interés fumador y alcohol ocasional que acudió al Centro de Salud por 4 episodios en el día de dolor unilateral ocular intenso punzante-quemante, no pulsátil, acompañado de edema en párpado, hiperemia conjuntival y lagrimeo de 2-3 horas de duración, llegando a despertarle en la siesta y por la noche. Con estos episodios llevaba 2 meses. No datos de alarma de cefalea salvo que le despertaba durante el sueño. Se pautó en Urgencias tratamiento sintomático con sumatriptán y oxigenoterapia, refiriendo mejoría clínica. Se instauró tratamiento preventivo con verapamilo y prednisona. Se recomendó evitar el alcohol y el tabaco. Derivamos a Oftalmología y Neurología para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración en consulta el paciente se encontraba gran inquietud con la mano sobre la zona dolorosa. TA: 120/80 mmHg. La exploración cardiovascular y neurológica fue normal. En la exploración ocular llamó la atención la hiperemia conjuntival y edema de párpado, con buena movilidad ocular y sin alteración de los reflejos pupilares. En Oftalmología se evaluó fondo de ojo, tensión ocular, campo visual, motricidad ocular y reactividad pupilar siendo normal, descartándose patología por su parte. En Neurología se realizó RMN donde se descartó patología secundaria estructural, manteniendo tanto el tratamiento preventivo como sintomático.

Orientación diagnóstica: Cefalea en racimos.

Diagnóstico diferencial: Cefaleas secundarias a lesiones estructurales intracraneales. Cefaleas trigémino-autonómicas (hemicránea paroxística y crónica, SUNCT). Neuralgia del trigémino. Dolor facial atípico. Glaucoma de ángulo estrecho.

Comentario final: El diagnóstico de cefalea en racimos es clínico. Se suele dar en varones jóvenes, es muy infrecuente, pero muy incapacitante, siendo importante su diagnóstico precoz para un tratamiento adecuado. Es importante destacar que suele aparecer durante el sueño.

Bibliografía

1. Guía Diagnóstica y Terapéutica de la Sociedad Española de Neurología 2015. Guía Oficial de la práctica clínica de cefaleas. Sociedad Española de Neurología. Madrid. Luzán; 2015.
2. Guía Oficial de Cefaleas 2019. Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). Madrid. Medea, Medical Education Agency S.L; 2019.

Palabras clave: Cefalea en racimos. Cefaleas trigeminales con síntomas autonómicos.