

424/766 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL MIGRAÑA CON AURA VS AIT: NO ES TAN FÁCIL

E. Velasco Doña¹, F. López Segura² y A. Leyva Alarcón³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 50 años, derivada a urgencias con diagnóstico de AIT. Antecedentes familiares de migraña y personales de hipertensión y tabaquismo. Consulta por cefalea frontal opresiva asociada a alteraciones visuales (“visión en túnel”), distesias en manos y parestesias en labio superior que se sigue de disartria durante 30 minutos y cefalea frontal de mayor intensidad. El cuadro ha durado 2 horas en total.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica sin leucocitosis, ni signos de anemia, con coagulación y bioquímica normal, excepto glucemia (169 g/dl). Auscultación cardiorrespiratoria normal. ECG: Ritmo sinusal a 80 lpm con eje 60°, QRS estrecho sin alteraciones de la repolarización. No soplos carotídeos. Neurológica: pares craneales conservados. Romberg negativo. No signos de meningismo, dismetrías ni alteraciones del lenguaje, fuerza o sensibilidad. TC craneal: Lesión hipodensa subcentimétrica ovalada sublenticular izquierda (espacio de Virchow-Robin prominente). No otros hallazgos valorables.

Orientación diagnóstica: Migraña con aura vs AIT. Se ingresa a la paciente en Neurología para la realización de otras pruebas complementarias. Ecodoppler de TSA: placa de ateromatosis de 5 mm en bulbo carotídeo izquierdo. Permeabilidad de ambos sistemas carotídeos. La paciente persiste asintomática durante el ingreso sin recidivas del cuadro. Se inicia tratamiento con AAS 100 mg/24h.

Diagnóstico diferencial: Déficit neurológico transitorio de posible origen vascular, migraña con aura. Los antecedentes de migraña, la instauración progresiva de los síntomas y la cefalea intensa posterior nos haría pensar en migraña con aura. No obstante, los fenómenos visuales negativos, los factores de riesgo cardiovasculares y los resultados de las pruebas de imagen nos orientaría a un déficit neurológico transitorio.

Comentario final: Desde atención primaria realizamos el seguimiento y nos refiere varios episodios de cefalea, algunas con crisis severas asociadas a náuseas y vómitos por lo que añadimos flunarizina al tratamiento. No siempre obtenemos un diagnóstico cerrado de un caso lo que nos obliga a mantenernos actualizados y con una mente abierta para hacer frente a cualquier supuesto.

Bibliografía

1. Olesen J, Bendtsen L, Goadsby P, Wang S-J, Clasificación Internacional de las Cefaleas, 3^a ed, Londres, Sage Publications Ltd-IHS, 2013.

2. Jameson JL, Weetman AP. Cefalea; accidente cerebrovascular. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison principios de medicina interna. Vol 1, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012; 112-28; 3270-98.

Palabras clave: Migraña. Cefalea. Vascular.