



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/3255 - EN PRIMARIA TAMBIÉN SE DIAGNOSTICA

O. Rato¹, E. Suárez Jaquete¹, D. Fernández Ferreiro² y P. Ureña Solís²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Asturias.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles-Colloto. Oviedo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 30 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés.

Hipofrecuentador. Acudió a nuestra consulta de AP, desesperado tras 3 visitas sucesivas a urgencias hospitalarias, por cefalea incapacitante desencadenada ante la realización de relaciones sexuales. En la anamnesis refería cefalea pulsátil, bilateral ante la realización de ejercicio físico y ante maniobras de Valsalva (estornudar, sonarse la nariz, levantar pesos), sin otra sintomatología. Analítica sanguínea y TC solicitado en el hospital sin alteraciones, siendo dado de alta con naproxeno 500 mg/12 horas para el dolor, pero no siendo eficaz. Acudió visiblemente afectado con limitación para vida diaria normal.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable. Exploración neurológica sin alteraciones.

Orientación diagnóstica: Migraña tensional.

Diagnóstico diferencial: La cefalea es un síntoma inespecífico, que puede ser primaria o bien estar causada por patología orgánica objetivable o no. Es necesario una buena anamnesis para tratar de descartar cefalea secundaria (la minoría, debidas a hemorragia, neoplasia, malformación, etc.) que requiera prueba de imagen, así como las que son de origen primario (la mayoría), donde se encuentran las migrañas y sus subtipos (con aura, tensional, relacionada con la actividad, el estrés, en racimos, hemicraneal paroxística o neuralgia del trigémino).

Comentario final: Se sabe que la migraña en España afecta a más de 5 millones de personas, siendo de ellos un millón y medio catalogados como “migraña crónica”. De la misma manera, se estima que la mitad de ellos se automedican (solo un 17% de manera correcta), así como un 40% aproximadamente no está diagnosticado, según datos de la Sociedad Española de Neurología. En este caso, el manejo inicial se realizó varias veces en urgencias hospitalarias, sin éxito en el tratamiento sintomático prescrito. Es fundamental en el manejo de primaria, una correcta anamnesis del tipo y características de la sintomatología para adecuación del tratamiento, previamente descartado con una buena historia clínica o pruebas complementarias si precisa. En este caso, se obtuvo clara mejoría con medidas higiénico-dietéticas y triptanes pautadas en nuestra consulta de AP, dado que se trataba de una migraña primaria. El seguimiento del dolor, así como de factores de riesgo como la HTA, es perfectamente realizable en la consulta de atención primaria.

Bibliografía

1. Delgado-López F, Girón-Úbeda JM, Muñoz-Málaga A, Rodríguez-Fernández N, Vila-Dupló MJ. La migraña en atención primaria: revisión y actualización. 2000;26:248-52.

Palabras clave: Migraña. Primaria. Anamnesis.