

424/3518 - UNA CEFALEA REBELDE

E. Ruiz Martínez¹, A. Rodríguez Rigden², L. Montolla Castaño² y Á. Cabezas Amurgo³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Palomera. León. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León. ³Médico de Urgencias. Hospital de León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 53 años que acude a consultas de atención primaria por cefalea holocraneal de 5 días de evolución que precisa analgesia continuada con escasa respuesta. No historia de migrañas ni otras cefaleas. Se le pauta tratamiento con sumatriptán y se cita en una semana para revisión. A los 5 días acude de nuevo a consulta por aumento de cefalea y presentar además ptosis palpebral derecha de 60 minutos de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración normal salvo por asimetría pupilar con pupila derecha ligeramente más miótica que la izquierda. Se deriva a urgencias donde se realiza radiografía de tórax, ECG y TC craneal siendo normales. La analítica muestra VSG 10, anticoagulante lúpico y anticardiolipinas positivos y serología luética con TPHA positivo. Resto normal. Líquido cefalorraquídeo. Se ingresa en neurología donde se realiza un angioTC del polígono de Willis, doppler supraaórtico y angioRM craneal. AngioTC Willis: menor calibre de la arteria carótida interna derecha en sus tramos intrapetroso e intracavernoso. Ecodoppler: bulbo carotídeo derecho con oclusión distal que cambia el patrón de flujo normal en el segmento cervical, cerebral media derecha con flujo amortiguado, inversión de cerebral anterior derecha, aceleración de cerebral anterior izquierda. AngioRM: disección en la pared de la arteria carótida interna derecha intrapetrosa.

Orientación diagnóstica: Disección carotídea interna derecha.

Diagnóstico diferencial: Cefalea de Horton. Neuropatía periférica. Blefaritis. Tumor cerebral. Ictus. Disección arterial.

Comentario final: La cefalea se encuentra entre las 10 causas más frecuentes de consulta en atención primaria. La mayoría son cuadros benignos, subsidiarios de tratamiento ambulatorio pero en las secundarias puede subyacer un proceso grave por lo que deben ser adecuadamente evaluadas. Es importante establecer si la cefalea es primaria o secundaria y mediante una anamnesis detallada considerar los criterios de derivación a urgencias (signos de focalidad neurológica, cefalea brusca, cefalea prolongada que no remite, etcétera)

Bibliografía

1. Dodick D. Review of comorbidities and risk factors for the development of migraine complication (infarct and chronic migraine). *Cephalgia*. 2009;29:7-14.
2. Grimaldi D, Nonino F, Cevoli S, Vandelli A, D'Amico R, Cortelli P. Risk stratification of non-traumatic headache in the emergency department. *J Neurol*. 2009;256:51-7.

Palabras clave: Ptosis. Disección. Cefalea.