

## 424/3985 - CEFALEA

E. Millán Hernández<sup>1</sup>, I. Ochoa Chamorro<sup>2</sup>, P. Dernandez Crespo<sup>3</sup> y R. Cervigón Portaencasa<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Monterrozas. Las Rozas. Madrid. <sup>2</sup>Centro de Salud Valle de la Oliva. Madrid. <sup>3</sup>Centro de Salud San Juan de la Cruz. Madrid. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 37 años que acude por referir asimetría pupilar desde ayer. Hace dos días inicia cuadro de cefalea con cervicalgia, de carácter opresivo, sin foto ni fotofobia, náuseas ni vómitos que le recuerdan a migraña. Previo al inicio de la clínica, acude a clase de meditación donde realiza ejercicios, con estiramientos cervicales. La cefalea ha mejorado, persistiendo la molestia cervical, que aumenta con los movimientos. Anisocoria presente desde que se objetivó ayer sin variación. Se deriva a urgencias hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, sin soplos, con murmullo vesicular conservado. Consciente y orientado. Lenguaje sin alteraciones. Comprende, nomina, repite. No extinción sensitiva ni visual. Pupila derecha miótica respecto a contralateral, normorreactivas, con reflejos pupilares preservados: fotomotor directo y consensuado; leve ptosis derecha. No anomalías en campimetría por confrontación. No anomalía en la posición primaria de la mirada. Movilidad ocular externa sin restricciones; no diplopía, ni nistagmo. V y VII pares craneales indemnes. Pares bajos sin alteraciones. Tono normal, fuerza 5/5 en cuatro extremidades, no claudica en Barré, ni Barré invertido. ROT++/+++ simétricos. RCP flexor bilateral. Sensibilidad táctil grosera preservada en ambos hemicuerpos. No dismetría en maniobra dedo-nariz, no disdiadiococinesia. Romberg -. Realiza marcha en tandem forzado correctamente. Variantes de la marcha de tobillos y puntillas sin alteraciones. Se realiza Rx tórax, analítica de sangre, ECG y TAC craneal sin alteraciones. Se confirma disección en arteria carótida interna derecha intracraneal.

**Orientación diagnóstica:** La paciente fue ingresada en Neurología para completar estudio, presentado evolución favorable, siendo dada de alta. Actualmente en seguimiento en consulta Atención Primaria para control de factores de riesgo cardiovascular.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome de Horner. Disección carotidea. Migraña.

**Comentario final:** Aunque la disección en arteria carótida secundaria a traumatismo/estiramiento es una entidad poco frecuente, es importante realizar una buena anamnesis e investigar la presencia de un traumatismo cervical previo, aunque sea banal.

### Bibliografía

1. Völker W, Dittrich R, Grewe S, Nassenstein I, Csiba L, Herczeg L, et al. The outer arterial wall layers are primarily affected in spontaneous cervical artery dissection. *Neurology*. 2011;76(17):1463-71.
2. Lee VH, Brown RD Jr, Mandrekar JN, Mokri B. Incidence and outcome of cervical artery dissection: a population-based study. *Neurology*. 2006;67(10):1809-12.

**Palabras clave:** Síndrome de Horner. Disección carotidea. Migraña.