



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

482/47 - CAUSA ATÍPICA DE CEFALEA HEMICRANEAL

M. Oyarbide Nazabal

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espartero. Logroño. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 88 años, con antecedentes de hipertensión arterial. No hábitos tóxicos. No antecedentes de cefaleas previas. Presenta cefalea hemicraneal izquierda, fotofobia y sensación nauseosa, de cuatro días de evolución de instauración progresiva. No fiebre ni vómitos. No refiere caída ni traumatismo en la zona.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 130/85 mmHg. Afebril. Consciente, orientada, afectada por el dolor. No rigidez de nuca. Pupilas isocóricas y normoreactivas. No nistagmus. Pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservadas en las cuatro extremidades. No dismetría dedo-nariz. Marcha: Normal. Cuero cabelludo sin lesiones. El juicio diagnóstico inicial es de migraña de inicio en paciente de 88 años, y dado que no tenía antecedentes de cefalea se solicita un TAC cerebral y se pauta analgesia. Tres días después se vuelve a valorar a la paciente y se objetivan en zona parieto-occipital izquierda lesiones vesiculosa arracimadas compatibles con herpes zoster. Se pone tratamiento con brivudina, con escasa mejoría, por lo que se deriva a Neurología. El TAC cerebral con contraste es informado como: focos de baja attenuación bilaterales en sustancia blanca periventricular y centros semiovales secundarios a isquemia crónica de pequeño vaso. No se aprecian signos de isquemia reciente ni sangrado intracraneal.

Orientación diagnóstica: Herpes zoster en metámera C1 izquierdo, en cuero cabelludo.

Diagnóstico diferencial: Otras causas de cefalea hemicraneal: migraña, arteritis de temporal, neoplasia cerebral, causa infecciosa, neuralgia.

Comentario final: El herpes zoster se caracteriza por una erupción maculopapular unilateral que evoluciona a vesículas en uno o más dermatomas adyacentes; suele estar precedida de dolor neurálgico, disestesias e hiperalgesia. Los dermatomas más comúnmente afectados son los torácicos (D5-D12), la rama oftálmica del trigémino y los lumbosacros (L1-L2). La afectación de C1 en nuestro caso es muy rara. En casos de cefalea hay que hacer una exploración neurológica completa, así como del cuero cabelludo y seguimiento de los pacientes para evaluar la evolución y la posible aparición de nueva sintomatología.

Bibliografía

- Moret, A, Parramon, D, Fitó, R, Llens, A. Dermatología en Atención Primaria. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2016. p: 73-6.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. Cephalgia. 2013;33(9):629-808.

Palabras clave: Migraña. Herpes zoster.