



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/1302 - EL DIABLO ESTÁ EN LOS DETALLES

L. Rodríguez Vélez¹ y M. Alonso Santiago²

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Covadonga. Torrelavega. Cantabria. ²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 56 años que acudió a consulta por cefalea continua de localización frontal bilateral, de días de evolución. EVA 5/10, sin variación diurna. Sin náuseas, vómitos ni foto-sonofobia. Sin empeoramiento con maniobras de Valsalva, cambios posturales o ejercicio. Tampoco asociaba clínica sugestiva de arteritis de células gigantes. Se pautó AINE oral pero a la semana inició con dolor facial hem craneal en ambas arcadas dentarias, irradiado hacia pómulo izquierdo, sin asociarse a desencadenantes. Se interpretó como neuralgia del trigémino y se inició tratamiento con carbamazepina. A pesar de ello, acudió en varias ocasiones por mal control del dolor y aparición de infección dentaria. Tras resolución del proceso infeccioso, se resolvió también el algia facial aunque persistía la cefalea. Fue derivado a Neurología y clasificado como cefalea de características tensionales. Se decidió completar estudio con TC craneal que resultó normal. En consulta de revisión en Atención Primaria, el paciente comentó que había descubierto que su coche presentaba una avería en el aire acondicionado por donde fugaba monóxido de carbono. Debido a su trabajo, comercial, pasaba muchas horas conduciendo, y coincidiendo con la reparación de la avería, se resolvió la cefalea y no volvió a presentar episodios de cefalea.

Exploración y pruebas complementarias: Temporales simétricas. Auscultación cardiopulmonar normal. Neurológico: Sin focalidad. ROT ++ simétricos. RCP flexor bilateral. Marcha normal. Romberg negativo. Signos meníngeos negativos. FO: normal. Bioquímica: creatinina 0,8 mg/dL, filtrado glomerular > 90 ml/min/1,73 m², PCR 0,4 mg/dL. Hemograma: leucocitos $9,7 \times 10^3/\mu\text{L}$, hemoglobina 14,4 g/dL, hematocrito 42,6%, plaquetas $255 \times 10^3/\mu\text{L}$. TC craneal: sin hallazgos patológicos.

Orientación diagnóstica: Cefalea por exposición a monóxido de carbono.

Diagnóstico diferencial: Cefaleas primarias y secundarias.

Comentario final: La intoxicación por monóxido de carbono es un proceso de frecuencia infravalorada debido a su clínica inespecífica, por lo que requiere de una buena anamnesis para su diagnóstico. El caso de este paciente es muy curioso porque los datos claves eran detalles como la coexistencia de infección dental y la avería en su medio de transporte habitual, que fueron mostrándose poco a poco y coincidieron con la resolución de la clínica posterior.

Bibliografía

1. Ernst A, Zibrak JD. Carbon monoxide poisoning. N Engl J Med. 1998;339:1603.

Palabras clave: Cefalea. Monóxido de carbono.