



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

482/236 - CUANDO LA SOLUCIÓN SE CONVIERTE EN EL PROBLEMA

F. Angoso Berrocal¹, J. Sánchez Melús², P. Arbués Espinosa³ e I. Vallespí Puyol⁴

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Almunia de Doña Godina. La Almunia de Doña Godina. Zaragoza. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Urbano y Rural. Calatayud. Zaragoza. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Norte. Zaragoza. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón 58 años, sin antecedentes de interés, inicia en 2016 un cuadro recurrente de migrañas clásicas (fotopsias, dolor pulsátil en hemicráneo derecho...) por el que se inicia tratamiento con naproxeno. A pesar del tratamiento analgésico, el paciente vuelve en repetidas ocasiones tanto a la consulta como a urgencias por el mismo cuadro (sin signos de alarma), por lo que en 2017 se inicia tratamiento de rescate con eletriptán. Al precisar el eletriptán casi diariamente, se deriva a Neurología quien inicia tratamiento corticoideo descendente junto con amitriptilina, incidiendo en no utilizar AINEs ni triptanes. Sin mejoría, en 2018, el paciente admite haber utilizado numerosos AINEs con ligero control de cuadro. Se decide iniciar tratamiento con toxina botulínica y bloqueo del nervio occipital mayor, sin mejoría del cuadro. Finalmente, ante el abuso de analgésicos, en 2019 se decide ingreso para deshabituación con corticoides y valproato, junto con el inicio del erenumab. Presentó una mejoría significativa del cuadro, sin nuevos episodios hasta la fecha.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica: sin focalidad neurológica (en ninguna de las ocasiones). No signos de alarma. TAC: ligera atrofia cortical frontal, sin lesiones ocupantes de espacio ni alteraciones que sugieran procesos vasculares. Buena diferenciación corticomedular. ECG: ritmo sinusal a 68 lpm. PR 0,12. QTc 0,34. Sin alteraciones en la repolarización.

Orientación diagnóstica: Cefalea crónica diaria con abuso de analgésicos.

Diagnóstico diferencial: Migraña común. Cefalea tensional. Cefalea postraumática. Cefalea secundaria a proceso tumoral o vascular.

Comentario final: El abuso de analgésicos en el contexto de una cefalea crónica se define como la toma de fármacos más de 10 días al mes durante 3 meses. El papel del médico de Atención Primaria es primordial para la educación del paciente sobre el uso de analgésicos, en estos casos. El erenumab, antagonista del receptor del CGRP, es uno de los nuevos fármacos utilizados como última opción, de cara a la prevención de este tipo de episodios ante pacientes con tanta recurrencia que no responden a otras alternativas.

Bibliografía

1. Loder EW, Burch RC. Who Should Try New Antibody Treatments for Migraine? JAMA Neurol. 2018;75:1039.

Palabras clave: Migraña clásica. Cefalea por abuso de analgésicos.