



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/1741 - UNA SIMPLE MIGRAÑA

M. Hernández París¹ y R. Díaz Ibáñez²

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Pechina. Pechina. Almería. ²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 25 años, con antecedentes personales de depresión en tratamiento con paroxetina 20 mg, que acudió a consulta de atención primaria (CAP) por cefalea bifrontal y pulsátil asociado a vómitos de 24 horas de evolución. No episodios previos. Exploración física y neurológica (EFyEN) sin hallazgos patológicos. Se administró dexketoprofeno 25 mg y metoclopramida 10 mg intramuscular; y para domicilio, naproxeno 550 mg.

Exploración y pruebas complementarias: 2º CAP: acudió de nuevo tras 48h con cuadro similar, de más intensidad asociada a vómitos y que no cedía con tratamiento pautado. EFyEN sin focalidad. Se administró tratamiento intravenoso con lo que la paciente mejoró parcialmente. Se solicitó analítica sanguínea (AS) con parámetros normales y TAC craneal preferente: sin hallazgos patológicos. 3º CAP: Acudió de nuevo tras 72h añadiendo cefalea intensa, pérdida de visión y agitación. En la exploración neurológica, no se apreció focalidad neurológica, ni signos meníngeos, aunque presentaba cuadro de agitación y ansiedad. Ante el estado de la paciente, se administró tratamiento intravenoso y se derivó a Urgencias hospitalarias. 4º Urgencias: Se realizaron AS, tóxicos y punción lumbar: dentro de la normalidad. Se interconsultó con Psiquiatría donde no evidenciaron patología. La paciente comenzó posteriormente a estar estupefusa, con respuesta verbal al dolor, sin apertura ocular. Respuesta asimétrica al dolor, sin movilizar extremidades izquierdas y con miembros inferiores flácidos. Se realizó nuevo TAC craneal, donde se apreciaron áreas hipoatenuadas mal delimitadas, de localización parietal posterior derecha, parietal parasagital izquierda, y frontal y occipital derechas, no existentes en TAC previo.

Orientación diagnóstica: Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible por paroxetina.

Diagnóstico diferencial: Síndrome migrañoso. Cefalea tensional. Cuadro conversivo. Meningitis vírica.

Comentario final: El síndrome de vasoconstricción cerebral reversible consiste en un estrechamiento multifocal de las arterias cerebrales con clínica que típicamente incluyen cefalea en trueno y déficits neurológicos. Afecta predominantemente en mujeres. Hay factores desencadenantes, como orgasmo, esfuerzo físico, situaciones de estrés o emocionales, Valsalva... El curso temporal de la vasoconstricción es variable, pero la mayoría de los pacientes muestran resolución en tres meses. Debemos de tener en cuenta esta entidad ya que es más frecuente de lo que pensamos y es necesario conocerla para poder realizar un buen diagnóstico diferencial.

Bibliografía

1. Coral-Casas J, Ricaurte-Fajardo A, McCormick SJ, Baracaldo I, Jiménez CA, Mejía JA. Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible asociado a anastrozol: una causa inusual de alto impacto. Rev Neurol. 2019;68:250-4.

Palabras clave: Cefalea. Migraña. Vasoconstricción.