

377/57 - MI AMIGO ARNOLD

M. Piro¹, R. López González², J. Lorenzo Tejedor³, N. Cubelos Fernández⁴, N. Fernández Valverde⁴, C. García Iglesias⁵, N. Martín Salvador⁶, F. Balduvino Gallo⁷.

¹Médico de Familia. Centro de Salud José Aguado I. León. ²Médico de Urgencias. ³Centro de Salud Trobajo del Camino. León. ⁴Centro de Salud José Aguado. León. ⁵Centro de Salud Rondilla I. Valladolid. ⁶Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. ⁷Centro de Salud de Santoña. Laredo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 62 años, bebedor ocasional, exfumador de 20 cig/día, con antecedentes personales de gammopathía monoclonal IgM kappa, adenocarcinoma de pulmón que requirió lobectomía inferior izquierda, intervenido de nefrectomía parcial por carcinoma renal de células claras, hernia de hiato, gastritis y parotiditis, que acude a consulta por cefalea holocraneal, focalizado sobre todo a nivel occipital de 2 semanas de evolución, tipo quemazón de minutos de duración, que ha ido en aumento a pesar de tratarlo con antiinflamatorios y relajantes musculares. En la siguiente consulta refiere persistencia de su cefalea, náuseas y mareo sin giro de objetos sin otra sintomatología; en la exploración física destaca aumento de dolor craneal a la palpación occipital, por lo que se decidió infiltrar anestesia y reevaluar a los 14 días. A las dos semanas refiere mejoría de su cefalea pero persistencia de náuseas, mareos y dificultad para la marcha por lo que se remite a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado, colaborador, normohidratado, normocoloreado, normoperfundido, eupneico en reposo, afebril y contractura muscular paravertebral cervical bilateral. TA:140/80 mmHg, FC:70 lpm, SatO2: 98%, glucemia capilar: 92mg/dl. ACP: rítmico sin soplos audibles, MVC con hipofonesis en base izquierda. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no defensa, no masas ni megalías, RHA+, puñopercusión bilateral negativa. EEII: no edema, no alteraciones tróficas ni deformidades, no signos de TVP o flebitis, pulsos pedios presentes y simétricos. Expl. Neurológica: PIN, MOC, no nistagmos, no alteración campimétrica, no disartria, ataxia, Romberg positivo, quemazón a la palpación occipital. ECG: RS a 60 lpm, Eje a 0°, PR de 0,16, sin alteraciones agudas en la repolarización. Analítica: destaca en proteinograma componente monoclonal IgM kappa, resto sin hallazgos patológicos. Rx tórax: pérdida de volumen de hemitórax izquierdo, clips quirúrgicos en mediastino y callos de fractura en arcos costales izquierdos, signos de enfisema, ICT normal, no condensaciones ni derrames, no hallazgos patológicos agudos. TAC craneal: destaca lesión focal redondeada de 16 mm de diámetro en lóbulo cerebeloso derecho con ligero desplazamiento de línea media, deformación del margen lateral de IV ventrículo y aumento de tamaño de ventrículos laterales. TAC toraco-abdominal: sin cambios en comparación a previos.

Juicio clínico: Metástasis parenquimatosa en hemisferio cerebeloso derecho sin recidiva locorregional + Neuralgia de Arnold.

Diagnóstico diferencial: Migraña, Cefalea tensional, Neuralgia trigeminal.

Comentario final: La neuralgia occipital se provoca por irritación del nervio en cualquier parte de su extensión, por diferentes causas. Para su diagnóstico se requiere dolor punzante paroxístico en el territorio de distribución del nervio, reproducible al presionar el punto de Arnold y alivio del mismo con infiltración anestésica del nervio. El tratamiento consta de dos posibilidades: primero con AINES u otros fármacos adecuados en el dolor neuropático y luego infiltración anestésica del nervio en el sitio de emergencia siendo terapéutico y diagnóstico. Si persistencia de sintomatología a pesar de adecuado tratamiento habrá que descartar otra posible patología.

Bibliografía

Young W, Michael M, Ashkenazi A, Evans R. Greater occipital nerve and other anesthetic injections for primary headache disorders. Headache. 2008; 48:1122-1125.

Latarjet M, Ruiz A. Anatomía Humana. Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana. 1991;1:385-6.

Tancredo A, Caputti F. Greater occipital neuralgia and artrosis of C1-C2 lateral joint. J Neurosurgery. 2004; 11: 573-574.