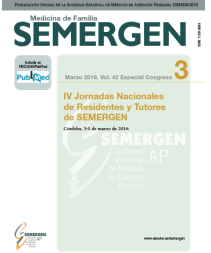




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-088 - CEFALEA CON PRESENTACIÓN ATÍPICA

A.I. Bellido Salvatier, R. Becerra Piñero y P. González Jiménez

CS Puerta Blanca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 69 años, diabético tipo 2, hipertenso, dislipémico y fumador. Antecedentes familiares: padre fallecido de IAM. Acude a consulta en varias ocasiones refiriendo, desde hace tres semanas, episodios intermitentes de cefalea holocraneal, de tipo pulsátil, que se desencadenan con los esfuerzos y el ejercicio y, que ceden con el reposo. El dolor respeta el descanso nocturno. Sin sonofobia ni fotofobia asociada y sin cortejo vegetativo asociado. Se inicia tratamiento analgésico y comenzamos el estudio. La analítica sanguínea, la radiografía de tórax y el TAC craneal fueron normales. En ECG: ritmo sinusal con Qr en DIII y avF. Finalmente, ante la persistencia de los síntomas y nuestra sospecha diagnóstica, se decide derivación al servicio de Cardiología para completar estudio. En última visita se acuerda realización de coronariografía. El paciente presentó mejoría sintomática tras la toma de nitratos sublinguales.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. TA: 165/85 mmHg; FC 70 lpm; SatO₂ 98%. Exploración neurológica: sin focalidad. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado. Extremidades inferiores: pulsos pedios presentes. No signo de TVP ni insuficiencia venosa periférica. Analítica de sangre: hemograma y coagulación normales. Bioquímica: glucemia 201; creatinina 0,9; colesterol total 283; LDL 179; Hb AC1 8,8%. Resto normal. Radiografía de tórax: IC 55%. Sin imágenes de condensación ni pinzamientos de senos costofrénicos. ECG: ritmo sinusal a 70 lpm. Qr en DIII y avF. TAC craneal: sin hallazgos patológicos. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo dilatado con FE 51%. Ergometría: no concluyente por HTA sistólica. Gammagrafía de perfusión miocárdica: hipocaptación inferoposterior, de carácter reversible compatible con afectación isquémica.

Juicio clínico: Cardiopatía isquémica tipo Angor estable.

Diagnóstico diferencial: Cefalea migrañosa. Cefalea tensional. Cefalea asociada a la neuralgia del trigémino. Cefalea en racimos. Cefalea secundaria a traumatismo craneoencefálico o traumatismo cervical. Cefalea atribuida a enfermedad intracraneal no vascular.

Comentario final: El dolor de cabeza es una experiencia casi universal, y genera una gran demanda asistencial. El objetivo fundamental del médico de familia cuando un enfermo consulta por cefalea es discernir la que se asocia con enfermedad grave de la que no. El diagnóstico diferencial entre cefalea primaria y secundaria podemos llevarlo a cabo a través de una adecuada historia clínica y la exploración física, así evitaremos retrasos en el diagnóstico. El diagnóstico diferencial con la migraña es crucial de cara a evitar medicaciones vasoconstrictoras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez Morlote J, Fernández García JM, Timiraos Fernández JJ, Llano Catedral M, Rodríguez Rodríguez E, Pascual Gómez J. Cefalea cardiaca: ¿una entidad infradiagnosticada? Rev Esp Cardiol. 2005;58:1476-8.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd ed. Cephalalgia. 2004;24 Suppl 1:1-160.