



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-230 - ¿MIGRAÑA?

D. Lumbreiras Manjon, A. Núñez Villén y A. Tamarit Latre

CS Ingeniero Joaquín Benlloch.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 30 años sin antecedentes personales de interés, salvo migraña estudiada por neurología sin tratamiento preventivo, acude por cefalea hemicraneal punzante izquierda intensa, de inicio hace 3h, se intensifica a pesar de AINE, asociando náuseas sin vómitos junto sonofobia y fotofobia. A las pocas horas asocia parestesias en hemicara izquierda que se extienden a brazo izquierdo (cara cubital de antebrazo) junto con sensación de pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo, hasta el punto de ser ayudada para caminar. No clínica infecciosa preguntada por aparatos. No fiebre termometrada. Niega ingestión de tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias: TA 116/84 mmHg. FC 89 lpm. SatO₂ 98%. Glucemia digital 85 mg/dl. AC: rítmico sin soplos audibles. AP: MVC sin agregados. Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, peristaltismo conservado. Neurológico: consciente, orientada, lenguaje conservado. Bradipsíquica. Pupilas isocóricas y normoreactivas. Campimetría por confrontación normal. Motilidad ocular extrínseca sin limitación. No nistagmus. Desviación comisura bucal hacia la derecha. Resto de pares craneales normales. Fuerza MSI y MII 4/5, hipoestesia hemicuerpo izquierdo y hemicara izquierda. Reflejos cutáneo-plantares bilaterales en flexión. No dismetrías. Romberg negativo. Marcha normal. Ausencia signos meníngeos. Ante estos hallazgos se deriva a hospital para realización de pruebas complementarias. ECG: ritmo sinusal a 75 lpm, eje 0°, no signos de isquemia aguda ni alteraciones en la repolarización. Analítica sangre: glucosa: 84 mg/dl; urea 22 mg/dl; creatinina: 0,69 mg/dl; bilirrubina total: 1,70 mg/dl; ALT 30 UI/l; amilasa: 38 UI/l; proteínas totales: 6,1 g/dl, calcio: 9,2 mg/dl; sodio: 141 meq/l; potasio: 4,1 meq/l, cloro: 106 meq/l; PCR: 6 mg/l; filtrado glomerular estimado (ckd-epi): 117. TP 11,7 seg; TP (ratio): 1,06 ratio; Índice de quick: 90%; Inr: 1,06 inr; TTPA 33,1 seg; TTPA (ratio): 1,13 ratio; fibrinógeno: 486 mg/dl. Hematíes: $5,51 \times 10^{12}/l$; hemoglobina: 16,0 g/dl; hematocrito: 48,7%; VCM: 88,5 fl; HCM: 29,1 pg; CHCM: 32,8 g/dl; Ade: 12,1. Leucocitos: $13,8 \times 10^9/l$; neutrófilos absolutos: $9,70 \times 10^9/l$; linfocitos absolutos: $3,00 \times 10^9/l$; monocitos absolutos: $0,80 \times 10^9/l$; eosinófilos absolutos: $0,10 \times 10^9/l$; basófilos absolutos: $0,20 \times 10^9/l$; neutrófilos: 70,2%; linfocitos: 21,7%; monocitos: 5,9%; eosinófilos: 0,8%; basófilos: 1,4%; plaquetas: $2,93 \times 10^9/l$; VPM: 9,5 fl. TC craneal sin contraste: no se visualizan alteraciones significativas en cerebro, cerebelo ni tronco de encéfalo. No se objetiva desviación de línea media ni signos de sangrado agudo intracraneal. No lesiones óseas. Resto del estudio sin alteraciones. Dados los hallazgos en la EF la paciente fue ingresada en Neurología para observación y ampliación del estudio. Angio-RM cerebral: sin hallazgos de significación patológica. Tras 3 días de ingreso y tratamiento, la cefalea aminora persistiendo dolor punzante frontoorbitario izquierdo, remitiendo el déficit focal y cesándose las náuseas. Se decide control ambulatorio por M.A.P.

Juicio clínico: Migraña con aura prolongada.

Diagnóstico diferencial: AIT, ictus isquémico, migraña hemipléjica, crisis parciales complejas.

Comentario final: Importancia de saber realizar una correcta exploración neurológica y conocer signos de alarma de una cefalea y así derivar al paciente para estudio que permita descartar entidades potencialmente graves.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bickerstaff ER. Basilar artery migraine. Lancet. 1961;1:15.
2. Pearce JM. Historical aspects of migraine. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1986;49:1097.
3. Headache Classification Committee of the IHS. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2013;33:629.