



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-248 - QUÉ PUEDE ESCONDER UNA CEFALEA

P.M. Martos Sánchez, G. García y M.J. Tijeras Úbeda

CS La Cañada de San Urbano.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 27 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por cefalea opresiva holocraneal de predominio nucal de cinco días de duración acompañado de sonofobia, fotofobia, mialgias generalizadas, fiebre de hasta 38 °C que ya ha cedido y vómitos. Ha acudido en varias ocasiones a servicios de urgencias hospitalario donde le han administrado tratamiento intravenoso con antiinflamatorios no esteroideos, mejorando clínicamente.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, sensación de enfermedad, afebril, bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo, tolera decúbito y hemodinámicamente estable. No presenta lesiones en piel. Constantes vitales dentro de la normalidad. Neurológico: Consciente y orientada, sin alteración en el lenguaje. Pupilas isocóricas normorreactivas, Motor ocular externo e interno normales, campimetría por confrontación sin alteraciones, pares craneales sin alteraciones. No rigidez ni espasticidad, balance muscular 5/5 en todas las extremidades sin claudicación. No alteración de la coordinación, marcha, sensibilidad o fuerza. No rigidez de nuca, Kerning y Brudzinski negativos. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, sin soplos ni extratonos, murmullo vesicular conservado y sin existencia de ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: blando, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalías, no signos de defensa abdominal ni signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores: no existencia de edemas, pulsos pedios conservados y simétricos. Tras ser derivada a un Servicio de Urgencias Hospitalarias obtenemos las siguientes pruebas complementarias. Radiografía de tórax: aparentemente normal. Análisis sanguíneo (hemograma, bioquímica y coagulación) dentro de la normalidad. TAC craneal: no se evidencian signos de sangrado agudo intra o extraaxial ni efecto de masa. Estructuras de línea media normosituadas. Sistema ventricular, surcos y cisuras sin alteraciones. Resto del estudio sin hallazgos. Se realiza punción lumbar sin incidencias con resultado de líquido cefalorraquídeo de aspecto normal con 382 leucocitos/mm³ (97% mononucleares), proteínas totales 0,57 g/l y glucosa 35 mg/dl.

Juicio clínico: Meningitis subaguda mononuclear con discreto consumo de glucosa de probable etiología viral.

Diagnóstico diferencial: Migraña. Sinusitis. Lesión ocupante de espacio. Hemorragia intracranial. Hipertensión endocraneal.

Comentario final: La cefalea es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria, supone un gasto económico muy elevado tanto directo como indirecto, por la limitación que provoca, tanto por la intensidad del dolor como por los síntomas vegetativos acompañantes. Es importante desde Atención Primaria realizar una completa anamnesis incluyendo un perfil temporal de la cefalea, descripción del dolor

síntomas acompañantes y factores agravantes y de alivio. Además debe acompañarse de una buena exploración física junto con una exploración neurológica básica. Desde Atención Primaria es importante saber identificar los síntomas de alarma para la realización de estudios complementarios ya que existe una alta probabilidad de estar frente a una cefalea secundaria para un correcto diagnóstico y también posterior tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heras Pérez JA. Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Atención Primaria y Neurología. Comité ad Hoc del grupo de Estudio de Cefaleas de la SAN, SEMERGEN y SEMFYC. Granada 2012.
2. Menéndez Fernández A, Quintana Morgadi A. Tratamiento de las cefaleas en urgencias. Revista Internacional de Prótesis Estomatológica. 2011;13(1).