

## CUANDO LA CEFALEA NO ES LO QUE PARECE

**Yulky Alvarez Aragonese, Susana Domínguez Mateos,  
 Sandra Pérez Santos.** CS Arroyomolinos.

Mujer de 46 años, sin antecedentes de interés.



1º

Acude a urgencias por: cefalea intensa de horas de evolución, náuseas, vómitos, síntomas catarrales desde hace 4 días y dolor cervical. No datos de alarma.

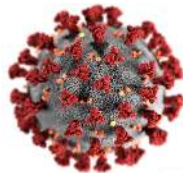
2º

EF: A su llegada TA: 188/104 mmHg. Resto exploración normal. NRL completo sin signos meníngeos. AS anodina. ECG: RS a 58 lpm con BIRDHH.

3º

TAC craneal → no patología intracraneal aguda. Punción Lumbar con estudio de LCR: leve pleocitosis con 6 leucocitos, 2 hematíes, bioquímica normal, reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para virus de herpes simple, varicela zóster y enterovirus, negativas.

- ❖ **Alta:** tratamiento sintomático.
- ❖ Control por su MAP.



24 horas después acude a su MAP con persistencia de la clínica, EF normal. Se solicita test de Covid 19: positivo.

El cuadro clínico inicial de la paciente (cefalea con clínica catarral) orienta hacia posible virosis. La EF neurológica normal y la ausencia de datos de alarma en la anamnesis hacen menos probable una etiología neurológica de la cefalea.

**Conclusiones:** Una cefalea de novo puede ser originada por múltiples causas, siendo de vital importancia la **ANAMNESIS** y la **EXPLORACION FISICA**, orientándonos siempre hacia el diagnóstico diferencial, yendo de lo más simple a lo más complejo. Pudiendo elegir las PPCC teniendo en cuenta el mínimo daño posible para el paciente, así como un menor gasto al sistema público de salud.