XXIII CONGRESO INTERNACIONAL
Optometría, Contactología y Óptica Oftálmica
Optom 2014

Uniendo ideas, creando sinergias.

Madrid
4 al 6 de abril

Comunicación e-póster

PATOLOGÍA / FARMACOLOGÍA

Sábado, 5 de abril ▶ 09:00 h ▶ T-13 ▶ ID-00376

CEFALEA DE HORTON. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Ana Hervás Ontiveros[1], Josefa Benlloch Fornés[2], Salvador García-Delpech[1], Patricia Udaondo[1]

Instituciones: *[1]Hospital Universitario y Politécnico La Fe Valencia [2]Universidad de Valencia, Departamento de Óptica.*

INTRODUCCIÓN AL CASO

La cefalea en racimo es una enfermedad rara caracterizada por dolor agudo de cabeza en ocasiones crónico y de patrón repetitivo con una incidencia de 4 a 1 en varones. De naturaleza idiopática, se cree que la liberación súbita de histamina o serotonina influyen en la patogenia. Posibles causas que la provoquen: alimentos ricos en nitritos, estrés, grandes alturas, luz brillante. Los síntomas varían dependiendo de cada etapa de aparición. El paciente con éstas características cree estar falto de refracción óptica.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 41 años de edad, fumador (10 cigarrillos), de profesión piloto de vuelo que acude por primera vez por un fuerte dolor de cabeza, caída de párpado, midriasis e hiperemia conjuntival en el lado izquierdo. Refiere migrañas desde los 16 años.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

Signos: anisocoria, ptosis palpebral y afectación de la órbita izquierda con hinchazón. Lagrimeo y secreción nasal ipsilateral.

Síntomas: dolor agudo hemicraneal.

El examen refractivo proporcionó los siguientes datos:

Las pupilas eran redondas y reactivas a la luz pero desiguales.

La motilidad ocular mostraba movimientos suaves, precisos, extensos y completos.

El test de worth revelaba fusión sensorial desde 10 cm hasta el infinito.

El examen biomicroscópico del polo anterior reveló conjuntivitis idiopática del ojo izquierdo. No cataratas. La cámara anterior era de 1/1 medida con la técnica de Von Herrick.

La Presión Intraocular (PIO) medida con el tonómetro de Goldmann tras la aplicación de 1 gota de *Fluotest* era de OD 13 mmHg - OI 10mmHg.

Los exámenes objetivo y subjetivo mostraron los siguientes resultados:

OD +3,25 -2,00 170º AvVLcc 20/20 ; OI +1,75 -2,25 164º AVVLcc 20/20. Ambos ojos 20/20.

El examen oftalmoscópico con retinógrafo- OCT3D y midriasis farmacológica con gota de tropicamida 1%

mostró nervios ópticos con márgenes definidos, color anaranjado y una relación excavación papila de 3/10, poco profunda, centrada y simétrica. Pulso venoso espontáneo. Fue referido de óptico-optometrista a oftalmólogo y de este al servicio de Neurología.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La resonancia magnética mostró senos carotídeos normales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cefalea de Horton o de racimo.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Suspensión total del tabaco y de cualquier bebida alcoholica.

Antinflamatorio esteroideo, prednisona, durante tres semanas. Reducción de dosis paulatinamente bajo control oftalmológico. Con el fin de prevenir futuras crisis se le prescribe verapamilo y, si debido a su profesión necesitará controlar una cefalea severa súbita, uso de sumatriptan inyectable.

Recientes estudios sugieren el uso de tratamientos naturales combinados a base de vitamina D 1 caps/5000u, omega 3, supradine vitaminico durante el día, y citrato de magnesio + melatonina, antes de irse a dormir.

Se le recomienda controles analíticos que indiquen los niveles de vitamina D.

La evolución del paciente es estable desde hace 6 años, siguiendo la pauta de tratamiento natural combinada.

CONCLUSIÓN

Reducir la frecuencia y la severidad de este tipo de ataques puede ser la terapia más efectiva para éstos pacientes que padecen ésta enfermedad crónica. Una buena anamnesis que incluya: fecha, hora de comienzo del dolor, situación de estrés reciente, alimentación y número de horas de descanso, entre otras preguntas realizadas por el óptico-optometrista le ayudará a derivarlo al oftalmólogo que tras diagnóstico podrá tratarlo mediante triptanos orales o inyecciones de dihidroergotamina en los casos más severos.