



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

210/89 - Doctora, ¿tengo un tumor en el cerebro?

C. Celada Roldán^a, S. Roncero Martín^b, I. Asunción Sola^c, A.C. Frazaos dos Santos^d y E. Sánchez Pablo^e

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Cartagena. ^cMédico Residente de 3ºr año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrepachego Este. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Cartagena. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 31 años con obesidad grado III, fumadora de 10 paquete/año en tratamiento con ACOs, sin otros antecedentes de interés que acude a nuestra consulta de atención primaria por cefalea occipital con algunas características migrañosas, inestabilidad de la marcha, aparición de acufenos de predominio nocturno, escotoma en hemicampo nasal izquierdo con disminución de agudeza visual (AV) no asociada a ningún factor desencadenante.

Exploración y pruebas complementarias: Obesidad troncular. TA: 110/66 FC: 68 lpm %. Auscultación cardiopulmonar, exploración abdominal y de miembros inferiores anodina, exploración neurológica destacar alteración de campimetría y de la agudeza visual bilateral y fondo de ojo con edema papilar bilateral con aumento de la mancha ciega. Se deriva a neurología: bioquímica, hemograma, coagulación, marcadores tumorales y hormonal dentro de la normalidad. TAC cerebral anodina. Punción lumbar: presión 36 cmH2O. aspecto y color cristalino. Gluc 78 mg/dl, prot 17,0 mg/dl, leuc 3 cel/?l, MNS 100%. Proteinograma y ADA normal. LCR cultivo, serología y citología negativo. RM cerebral con contraste: aumento de la ectasia dural en ambos nervios ópticos. Campimetría: pérdida de la visión nasal izquierda.

Juicio clínico: *Pseudotumor cerebri* (PTC)/síndrome de hipertensión intracraneal idiopática (HII)/hipertensión intracraneal benigna (HIB).

Diagnóstico diferencial: Migraña sin aurea, cefalea cervicogénica, oclusión del seno venoso sagital, malformación arteriovenosa, enfermedad meníngea crónica, gliomatosis cerebral, causa tóxica.

Comentario final: El HIB se trata de un incremento de la presión intracraneal autolimitado pero recurrente (incidencia de 0,9/10.000 habitantes más frecuente en mujeres, de 20-40 años con obesidad, empleo ACOs) cuyo riesgo principal es la pérdida de visión por edema de papila (4-46%). es importante una orientación diagnóstica precoz desde atención primaria dado su infradiagnóstico y mantener en un control de factores de riesgo cardiovascular así como una evaluación continua de su AV y FO para un adecuado manejo (80% responden al tratamiento conservador basado en eliminar factores asociados y acetazolamida).

BIBLIOGRAFÍA

1. Lee AG, et al. Idiopathic intracranial hypertension (pseudotumor cerebri): epidemiology and pathogenesis. Up to date, 2013.

2. Lee AG, et al. Idiopathic intracranial hypertension (pseudotumor cerebri): clinical features and diagnosis. Up to date, 2013.