



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

## 387/121 - ME DUELE LA CABEZA Y DESDE AYER VEO DOBLE

J. Capellades I Lloparr<sup>1</sup>, M. Ramos Oñate<sup>2</sup>, C. Laguna Cárdenas<sup>3</sup>, L. Fernández-Vega Suárez<sup>4</sup>, E. Saiz Yoldi<sup>4</sup>, A. Ukar Naberan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Sardinero. Santander. Cantabria.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.<sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 17 años. No presenta antecedentes médicos de interés ni factores de riesgo cardiovascular. Acude a urgencias por presentar cefalea holocraneal de 3 días de evolución con empeoramiento progresivo, asociado a vómitos y náuseas. Se asocia a visión doble, refiere que observa una persona doblada al lado de la otra, desde hace 48h. Refiere que desde las últimas 12h presenta sensación distérmica y febrícula de hasta 37,8 °C. Fue valorada por su médico el día de inicio de la clínica, presentando exploración neurológica sin hallazgos, por lo que se inició tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup> 37,5 °C. TA 110/70, FC 120 lpm. Sat O<sub>2</sub> 98%. BEG. Eupneica en reposo. Consciente y orientada. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Neurológica: alerta y orientada en las 3 esferas. No alteraciones del lenguaje. Hemianopsia homónima derecha. No oftalmoparesias. Diplopía horizontal en la mirada al frente. PC normales. ROT ++ de forma global. RCP flexor izquierdo, indiferente derecho. Marcha cautelosa, sin un patrón específico. Romberg negativo. Fondo de ojo: edema de papila bilateral. TAC Cerebral: múltiples lesiones supratentoriales con realce en anillo, importante edema y ligera desviación de línea media, sugiriendo como primera posibilidad origen infeccioso. Analítica con bioquímica, hemograma y coagulación dentro de parámetros de normalidad. Serología VIH, VEB, VHC, VHB negativos.

**Juicio clínico:** Absceso cerebral piógeno de origen no filiado.

**Diagnóstico diferencial:** Esclerosis múltiple. Absceso cerebral piógeno. Linfoma. Neoplasia cerebral primaria. Metástasis cerebrales.

**Comentario final:** La cefalea es la principal consulta en Neurología y la principal consulta neurológica en atención primaria. El 62% de las cefaleas serán cefaleas tensionales y un 15% migrañas, el 23% restante será de otra causa. En el caso de la paciente, el origen de la cefalea no entraba dentro del 77% más habitual. Por lo que, dada la alta prevalencia de la cefalea, desde atención primaria se debe tener un buen manejo de estos dos tipos de cefalea y sobre todo reconocer los signos de alarma. En el caso de la paciente del caso clínico existe un claro signo de alarma: la hemianopsia homónima derecha. Ante cualquier exploración neurológica anormal debemos remitir a urgencias a nuestro paciente. Por otro lado, se considera también signo de alarma la fiebre en el caso de que no haya ningún otro foco infeccioso.

### Bibliografía

<https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-brain-abscess>  
[Accessed 3 Jan. 2019].

[www.fisterra.com.scsalud.a17.csinet.es.](https://www.fisterra.com.scsalud.a17.csinet.es/) (2019) [online]. Disponible en: <https://www-fisterra-com.scsalud.a17.csinet.es/guias-clinicas/cefalea-tensional/>[ Accessed 3 Jan. 2019].