Semergen. 2015;41 (Espec Congr):511

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2434 - 'La importancia de la Anamnesis y Exploración Física en AP'. De los síntomas a la enfermedad

S.M. Atienza López[a], L. Simao Aiex[a] y C. Lorenzo Peláez[b]

[a]Médico de Familia. Distrito Sanitario de Jaén. Jaén. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Mancha Real. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 49 años, con antecedentes de artritis reumatoide. En tratamiento con metrotexate 2,5 mg-4 comp semanales. Leflunomida 10 mg-1/24h. Ácido fólico/24h. Exfumadora desde hace 3 años (10 paquetes/año). F.O: 3G-2P-1A-2H. Desde hace meses tiene episodios recurrentes de cefalea que duran entre varios minutos y unas horas. El dolor tiene carácter opresivo, comienza en sienes y se irradia a región occipital, con una intensidad que describe de leve a moderada. Se acentúa con la tos y a veces le despierta; cede generalmente con AINE que ella toma por su cuenta. No suele tener náuseas, pero si fotofobia y sonofobia. Acude a consulta de Atención Primaria porque en las últimas semanas el dolor no cede con la analgesia habitual, refiere además vómitos sobre todo matutinos, mareo y disminución de la agudeza visual. Tras exploración física detallada se realiza analítica y TAC craneal urgente visualizándose una lesión frontal izquierda de 5,5 cm de diámetro. Es ingresada en Neurocirugía. Intervenida de meningioma pterional frontal izquierdo por abordaje abierto. La evolución es satisfactoria. Dos años después en TAC se observa resto tumoral en ápex de órbita que es intervenido mediante radiocirugía. Tras varios episodios de crisis convulsivas posteriores a las intervenciones se pautó ácido valproico 500 mg/8h. Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear normofuncionante con 2 hijas de 18 y 15 años. En fase de extensión completa (fase III ciclo vital familiar). APGAR 9.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general, consciente y orientada, normocoloreada y bien perfundida, eupneica en reposo. Glasgow 15/15.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Pupilas isocóricas normoreactivas a la luz y acomodación. Pares craneales normales. Nistagmo horizontal agotable. Dismetría discreta bilateral con ojos cerrados. No signos meníngeos. Oftalmoscopia derecha sin hallazgos, Oftalmoscopia izquierda: edema de papila. Hemograma, bioquímica, coagulación y VSG dentro de la normalidad, FR: 314,7/347,4 UI/ml recurrente. TAC control: lesión residual posquirúrgica; imagen compatible con recidiva tumoral local que afecta región anterior del lóbulo temporal izquierdo y techo orbitario próxima a la línea media.

Juicio clínico: Meningioma pterional frontal izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades desmielinizantes. Lesión ocupante de espacio. Cefalea secundaria.

Comentario final: Actualmente la paciente se encuentra bien, realiza las actividades de la vida diaria con normalidad. No ha tenido más recidivas del tumor ni crisis comiciales. En seguimiento por su Médico de Atención Primaria y Reumatología. Las citas con Neurocirugía son más espaciadas. La cefalea es la patología más frecuente en nuestras consultas, aunque el 90% son cefaleas primarias es fundamental estar atentos a los signos de alarma. Realizar una anamnesis y exploración Físicas rigurosas puede ser un “elemento diagnóstico clave” para detectar la presencia de una alteración y llegar a una sospecha acertada precozmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arias Puente A. Oftalmoscopia. Medicine. 1999;9:13-21.

2. Corcóstegui B. El fondo de ojo en la medicina práctica. Barcelona: Espaxs, 1998.

3. Lusis EA, Gutmann DH. Meningioma: an update. Curr Opin Neurol. 2004;17(6):687-92.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.