Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1154

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1557 - Doctor, ¡cómo me duele la cabeza!

A. Barranco Apoita[a], C. Zárate Oñate[b], L. de Miguel Acero[b], M. Mendoza Fernández[c], E. Ortega Calonge[d], V. Espiga Prieto[d], B. Parente Gómez[b], P. Galán Arriola[e] y M. Ordóñez Vicente[f]

[a]Médico Residente de 3er año. Centro de Salud Goya. Unidad Docente Centro. Madrid. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid. [c]Médico Residente de 3er año. Centro de Salud de Santa Hortensia. Unidad Docente Centro. Madrid. [d]Médico Residente de 3er año. Centro de Salud de Prosperidad. Unidad Docente Centro. Madrid. [e]Médico Residente de 4º año. Hospital La Princesa. Madrid. [f]Médico Adjunto de 1er año. Centro de Salud Goya. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 66 años, HTA, diabético no insulinodependiente y dislipémico, que consulta por cefalea derecha opresiva de predominio matutino, intensidad 8/10, que cede a lo largo del día de forma espontánea, sin naúseas ni vómitos, de semanas de evolución, sin cefaleas previas. Añade somnolencia diurna excesiva y desorientación temporo-espacial fluctuante en las últimas 2 semanas. No otra focalidad neurológica. No sintomatología infecciosa. Pérdida de 9 kg en 15 días en contexto de dieta.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica: consciente y orientado. Bradipsíquico. Lenguaje coherente y conservado. Pupilas medias isocóricas normorreactivas. MOEs conservados. No alteraciones en pares craneales. Ligera claudicación con maniobra de Barré en MSI, no alteraciones de la sensibilidad. No dismetría ni disdiacociensia. Ligero temblor de acción en MSD. Romberg negativo. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral, no clonus. Marcha normal. Campimetría por confrontación sin alteraciones. Signos meníngeos negativos. Resto de la exploración normal. Analítica sanguínea, sedimento y sistemático de orina normales. TC cerebral: LOE intraaxial frontal derecha de 50 × 59 mm con un componente sólido y otro componente de baja densidad de probable naturaleza quística. Importante efecto de masa con abundante edema vasogénico, herniación subfalcial, incipiente herniación transtentorial descendente y desplazamiento de estructuras de línea media hacia la

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

izquierda de hasta 18 mm. También comprime y desplaza al sistema ventricular. RMN: gran masa frontotemporal derecha con componente quístico dominante que produce afectación dural (ala mayor del esfenoides) y un marcado efecto de masa con desplazamiento de la línea media hacia la izquierda de 18 mm, herniación subfalcial y ligera herniación uncal.

Juicio clínico: Meningioma con degeneración quística.

Diagnóstico diferencial: Glioblastoma. Meningioma degeneración quística. Metástasis. Absceso cerebral.

Comentario final: Ante una cefalea es importante detectar signos de alarma que nos obligan a solicitar pruebas complementarias para completar el estudio. En el caso de nuestro paciente presentaba cefalea intensa de comienzo súbito, unilateral estricta, con trastornos de conducta asociados; por lo que solicitamos TC cerebral y posteriormente RMN, donde se apreció una LOE cerebral. Sin embargo el diagnóstico diferencial por imagen de LOES es amplio y difícil de realizar por sus características morfológicas. Aunque en la mayoría de los casos los meningiomas son tumores sólidos con una clara fijación a la duramadre y que radiológicamente se identifican como extraaxiales, de manera infrecuente puede aparecer como un tumor quístico intraparenquimatoso en los estudios neurorradiológicos simulando otro tipo de tumores. Es importante intentar llegar a su diagnóstico preoperatorio correcto ya que se trata de una neoplasia potencialmente curable quirúrgicamente. Se debe considerar esta posibilidad en tumores quísticos que se encuentran en las localizaciones típicas de los meningiomas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mateos Marcos V, ed. Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas 2006. Grupo de estudio de la cefalea.

2. Chaves A, Madero S, Millán JM, Alén JF. El meningioma quístico intraparenquimatoso como simulador de glioblastoma o metástasis: presentación de un caso y revisión de la literatura. III Congreso Virtual Hispano Americano de Anatomía Patológica.

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