



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

## 212/2730 - Doctor, ¿tengo cefalea o sinusitis?

O. Guta<sup>a</sup>, F.J. Juárez Brillas<sup>b</sup>, J.J. Ballesteros Pérez<sup>c</sup>, J.A. Castiñeiras Moracho<sup>b</sup>, P. Peleato Iñarrea<sup>b</sup>, Y. Barroso Caballero<sup>d</sup>, E. Pérez Salvatierra<sup>e</sup> y E. Abdrés Santos<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tudela-Este. Navarra. <sup>b</sup>Médico Residente. Centro de Salud Cascante. Tudela. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Valtierra. Navarra. <sup>d</sup>Médico de Familia. Urgencias. Hospital Reina Sofía. Navarra. <sup>e</sup>Médico de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Tudela.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 30 años acude al médico por cefalea pulsátil y continua a nivel frontal irradiado a región periorbitaria izquierda de 6 días de evolución con exploración física normal. Impresiona de migraña, se inicia tratamiento antiinflamatorio. Vuelve el día siguiente por sensación de ptosis palpebral izquierda con lagrimeo y rinorea nasal y empeoramiento de la cefalea. Se realiza anamnesis detallada, reconociendo el consumo de cannabis. Parece cefalea tipo Cluster, cediendo el dolor con oxigenoterapia y antiinflamatorios im. Se solicita cita preferente con Neurología pero vuelve tras 3 días con empeoramiento de su estado, presentando rinorrea amarillenta y tos. Se realiza Rx de senos paranasales urgente evidenciando imagen de ocupación a nivel del seno frontal derecho, se diagnostica de sinusitis frontal y se inicia tratamiento con antibiótico. Tras 20 días aviso al domicilio por que sus padres le encontraban con mal estar general y con imposibilidad para hablar. En EF: disfasia motora con rigidez de nuca, pupilas normo reactivas, hemiparesia derecha espástica, inestabilidad de la marcha, reflejo cutáneo izquierdo y Babinsky izquierdo positivo. Se deriva a Urgencias donde realizan TAC cerebral urgente que evidencia una colección epidural y subdural izquierda con herniación subfalciana. Se traslada a Neurocirugía con el diagnóstico de empiema epidural y subdural.

**Exploración y pruebas complementarias:** AS: leucocitosis y neutrofilia. TC craneal: Colección epidural izquierda que provoca importante desplazamiento de la línea media. Presencia de sinupatía frontal bilateral, ocupación celdillas etmoidales y maxilar izquierdo

**Juicio clínico:** Empiema epidural y subdural.

**Diagnóstico diferencial:** Hematoma epidural subagudo.

**Comentario final:** Se quiere evidenciar la importancia del seguimiento del paciente en primaria, como en este caso, actuando según la sintomatología. El paciente fue intervenido quirúrgicamente mediante craniectomía descompresiva y evacuación de la colección epidural, con una evolución clínica satisfactoria, con TC craneal de control y de seguimientos sucesivos que no objetivan signos de recidiva. Mejoría clínica progresiva, con mejoría completa de la hemiplegia derecha y persistiendo moderada disfasia motora.

### Bibliografía

1. Huff J. Epidural and Subdural Infections: eMedicine Specialties. Emergency Medicine-Infectious Diseases. eMedicine.com inc. Virginia: Last Updated; 2002:25.

*Palabras clave:* Empiema epidural.