



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1590 - Lo que puede esconder una cefalea

J. Lecumberri Muñoz^a, P. de la Fuente Laso^a, A. Sánchez Calvo^b, V. García Faza^b, M. Martino Blanco^c, M. Álvarez Calleja^c, A. de Antonio Pérez^d, M.Á. Álvarez García^d, S. Yebra Delgado^e y L. González Gómez^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Contrueces. Gijón. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Natahoyo. Gijón. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Coto. Gijón. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Llano. Gijón. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Calzada. Gijón.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 60 años que acude a nuestra consulta por cefalea intensa occipital que la despierta desde hace 3 semanas. Episodios previos de cefaleas diurnas, que se etiquetaron de tensionales. Se acompañaba de vómitos incesantes desde la noche anterior sin tolerancia oral, mareo sin giro de objetos, sin otra sintomatología acompañante. Su marido refiere notar en ella pérdidas de memoria, comportamiento apático, tendencia al abandono de su cuidado personal desde hace meses. La paciente refiere encontrarse bien. AP: fumadora de dos paquetes/día, incontinencia urinaria. Ligadura de trompas.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, Consciente, orientada, colaboradora, NH, NC, apática, bradipsíquica, hipomimia. Lenguaje coherente. Pupilas iscocóricas normorreactivas. Facial centrado, fuerza, tono y sensibilidad conservadas, no hipertonía. No nistagmus. Barré, Mingazzini normales, Babinski negativos, reflejos osteotendinosos reactivos y simétricos, no ataxia, ni dismetrías. Marcha insegura, sin lateropulsión ni aumento de base de sustentación. Resto de exploración por aparatos anodina. Rx tórax y analítica normales. TAC cerebral masa de aproximadamente 30×30 mm localizada en área frontal derecha, isodensa sin contraste y que capta contraste de manera intensa y homogénea. Se acompaña de un importante edema digitiforme perilesional que desvía la línea media, colapsa el ventrículo lateral derecho y produce herniación subfalcial. Se objetiva otra imagen hipodensa más dudosa, con captación periférica de contraste y de aproximadamente 2 cm en lóbulo temporal derecho.

Juicio clínico: Meningioma frontal derecho. Hidrocefalia obstructiva secundaria.

Diagnóstico diferencial: 1. Síndrome depresivo ante la apatía de la paciente. 2. Hipertensión craneal por clínica de vómitos incoercibles asociada.

Comentario final: Destacamos la importancia de la valoración global del paciente. La presión asistencial en nuestro medio hace que se pasen por alto detalles del paciente que pueden hacerte banalizar síntomas comunes con patología de gravedad como trasfondo. Nuestra paciente tenía un comportamiento despreocupado; fue la entrevista con la familia asociada a la rigurosa exploración y anamnesis lo que nos hizo enfocar su patología. Con esto concluimos que el paciente va mas allá de un síntoma, hay que tener en cuenta el contexto social y personal de la persona que tenemos delante.

Bibliografía

1. Robertson CE, Black DF, Swanson JW. Management of migraine headache in the emergency department. *Semin Neurol*. 2010;30:201-12.

Palabras clave: *Cefalea. Meningioma. Vómitos.*