



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1163 - ¿ANSIEDAD, CEFALEA O ALGO MÁS?

A. Sánchez Calvo^a, S. Yebra Delgado^b, M. Álvarez Calleja^c, M. Álvarez García^d, A. de Antonio Pérez^e y P. de la Fuente Laso^f

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

Resumen

Descripción del caso: Varón de 32 años, fumador ocasional, sin otros FRCV ni antecedentes de interés, que consulta en varias ocasiones por cuadro de 3 semanas de evolución consistente en olvidos, comportamiento anómalo y cefalea holocraneal, cediendo la clínica parcialmente con AINEs y benzodiacepinas, siendo etiquetado como “crisis ansiosa”. Acude nuevamente a la consulta ante aumento de cefalea acompañada de vómitos, por lo que se decide derivar al servicio de urgencias. Niega fiebre ni TCE previos.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente agitado, muy nervioso. Obedece órdenes y responde preguntas, pero presenta comportamientos anormales y pueriles. No alteraciones del lenguaje ni del habla. Mirada centrada y campo visual normales. No alteración de vías largas ni cerebelosas. No rigidez nucal. Resto de exploración física anodina. El hemograma, bioquímica general, coagulación y la radiografía de tórax no muestran alteraciones. Presenta un ECG en ritmo sinusal sin otros hallazgos. Se realiza TAC craneal en el que se objetiva una lesión hiperdensa a nivel de la cisura calcarina izquierda con gran efecto masa y colapso del asta occipital del VL con borramiento de surcos, hallazgos compatibles con hemorragia intraparenquimatosa. Se deriva al servicio de Neurocirugía con sospecha de neoplasia cerebral como primera posibilidad, realizando una RMN cerebral y llegando al diagnóstico definitivo de cavernoma occipital izquierdo, que se extirpa sin complicaciones.

Juicio clínico: Cavernoma occipital izquierdo con signos de sangrado reciente.

Diagnóstico diferencial: Cefalea tensional, ansiedad, hipertensión intracranial.

Comentario final: Una buena anamnesis y exploración física son las herramientas fundamentales para plantear un diagnóstico diferencial ante una clínica concreta, pensando siempre en la patología más frecuente en función de la edad del paciente y sus comorbilidades. Pero cuando el paciente consulta reiteradamente por el mismo motivo, debemos empezar a plantearnos diagnósticos no tan comunes, solicitando aquellas pruebas complementarias que nos permitan obtener el diagnóstico definitivo y realizar el tratamiento más adecuado.

Bibliografía

- Iza-Vallejo B, Mateo-Sierra O, Mosqueira-Centurión B, Ruiz-Juretschke F, Carrillo R. Cavernomas cerebrales. Revisión y actualización etiológica, clínica y terapéutica. Rev Neurol. 2005;41:725-32.

Palabras clave: Cefalea. Vómitos. Alteraciones del comportamiento.