Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2244

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/127 - CEFALEA CON DATOS DE ALARMA

C. Benítez Robles[a], F. Martín Grutmancher[b] y R. Sánchez Moreno[c]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Espartinas. Sevilla. [b]Médico de Familia. Hospital Costa de la Luz y SAMU. Huelva. [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Espartinas. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes médicos: HTA de larga evolución sin tratamiento y obesidad. Tratamiento: no realiza. Enfermedad actual: varón de 52 años que cinco días antes comienza con alteraciones visuales acompañado de cefalea. No semiología infecciosa. Refiere dolor a nivel frontal y periocular izquierdo, que no le alteran el sueño y se incrementan con las maniobras de Valsalva y con el movimiento. Se acompaña de sensación de destello en ojo izquierdo que se acentuó en los últimos días hasta perder casi completamente la visión.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 220/140 mmHg. Agudeza visual: ojo derecho: 15% de visión; ojo izquierdo: 20%. Presión intraocular normal. Fondo de ojo: edema de papila bilateral, hemorragias y pérdida de excavación fisiológica de papila, inicio de estrella macular en ojo izquierdo. Retinografía: normal. OCT (tomografía de competencia óptica): edema de papila bilateral. Campimetría: alteración severa en hemicampo inferior y moderada de hemicampo superior bilateral. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación normal. TAC de cráneo: sin hallazgos. Punción lumbar: presión intracraneal de 34 mmHg. Estudio LCR: glucosa 55 mg/dl, proteinorraquia 65,10 mg/dl, no se aíslan leucocitos, monocitos, hematíes ni PMN. Estudio microbiológico negativo. Angio-RM de cráneo: sugiere la posibilidad de enfermedad isquémica de pequeño vaso de carácter probablemente hipertensivo (encefalopatía vascular). Rx tórax: sin hallazgos.

Juicio clínico: Papiledema bilateral como expresión de hipertensión intracraneal idiopática. Emergencia hipertensiva.

Diagnóstico diferencial: Tumoración cerebral, malformación cerebral, emergencia hipertensiva, hemorragia intracraneal, infecciones del sistema nervioso central, vasculitis, hidrocefalia, hipertensión intracraneal idiopática.

Comentario final: Se le realizaron punciones lumbares seriadas hasta alcanzar una presión intracraneal normal. Se contactó con Neurología y neurocirugía que recomendaron derivación preferente. Aconsejaron pérdida de peso y controles periódicos por oftalmología. Si no obtuviera mejoría plantearían derivación lumboperitoneal. Se pone de manifiesto la dificultad en el diagnóstico ante un síntoma tan usual como la cefalea y la importancia de una buena anamnesis y exploración para detectar síntomas y signos de alarma.

Bibliografía

1. Friedman DI, McDermott MP, Kieburtz K, et al. The idiopathic intracranial hypertension treatment trial: design considerations and methods. J Neuroophthalmol. 2014;34:107.
2. Kirk T, Jones K, Miller S, Corbett J. Measurement of intraocular and intracranial pressure: is there a relationship? Ann Neurol. 2011;70:323.

Palabras clave: Cefalea. Hipertensión intracraneal benigna. Emergencia hipertensiva.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.