



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

242/3849 - DOCTORA, ME VA A EXPLOTAR LA CABEZA

C. Bolarín Angosto^a, A. Balsalobre Matencio^b, A. Sánchez Martínez^c, F. Aceituno Villalba^d, C. Pérez Llanes^e e I. Escudero Muñoz^f

^aMédico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^dMédico de Familia. Centro de Salud San Pedro. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^fMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 40 años, obesa sin otros antecedentes de interés, acude a consulta por presentar cefalea global de tipo opresivo, intermitente y de predominio nocturno que la despierta. Refiere que comenzó hace un mes pero en los últimos dos días es más intensa. Ha presentado dos vómitos en el contexto de la cefalea y refiere diplopía de ojo derecho autolimitada hace dos días. No fiebre ni otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias: Glasgow 15, BEG, ACP: rítmica y sin soplos, MVC sin ruidos patológicos. Exploración neurológica sin focalidad ni signos meníngeos. Exploración oftalmológica normal salvo por hallazgo de papiledema bilateral. Analítica de sangre y orina normales. Ante la sospecha clínica se deriva a urgencias hospitalarias donde se completa el estudio. TAC craneal sin patología aguda intracraneal. Punción lumbar: LCR claro con presión de apertura de 260 mm H₂O y estudio cito-bioquímico normal.

Juicio clínico: Hipertensión intracraneal benigna idiopática.

Diagnóstico diferencial: Tumor cerebral, absceso cerebral, hemorragia intraventricular, hemorragia subdural.

Comentario final: La paciente fue ingresada para tratamiento con dieta hipocalórica, diuréticos y punciones evacuadoras de LCR. La hipertensión intracraneal idiopática es un síndrome neurológico caracterizado por síntomas y signos de hipertensión intracraneal en ausencia de lesión estructural o de hidrocefalia. En general, autolimitada, aunque con frecuencia recidiva. El diagnóstico se basa en la medición de la presión del líquido cefalorraquídeo que se eleva por encima de 250 mm de H₂O. Normalmente los resultados del examen neurológico son normales excepto por la aparición de papiledema y posible afectación del VI par. La principal complicación es la pérdida visual que puede ser irreversible. El tratamiento se basa en la repetición de punciones lumbares evacuadoras combinado con el uso de diuréticos y dieta hipocalórica.

Bibliografía

1. Ahlskog JE, O'Neill BP. Pseudotumor cerebri. Ann Intern Med. 1982;97:249-56.
2. Salman MS, Kirkham FJ, MacGregor DL. Idiopathic "benign" intracranial hypertension: case series and review. J Child Neurol. 2001;16:465-70.
3. Weisberg LA. Benign intracranial hypertension. Medicine (Baltimore). 1975;54:197-207.

Palabras clave: Hipertensión intracraneal benigna. Hipertensión intracraneal idiopática. Pseudotumor cerebral.