



242/3980 - NO UNA CEFALEA CUALQUIERA

M. Cardona Rovira^a, S. Mateu Ripoll^a, M. Morant Llidó^b, I. Llarío Cuquerella^c y J. Montalvá Barra^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de Castellón. Valencia. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Enguera. Valencia. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de Castellón. Valencia. ^dMédico de Familia. Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 67 años que acude a urgencias con cuadro de dos días de evolución de mareo inespecífico, inestabilidad, cefalea hemicraneal izquierda y debilidad de MII. Se diagnostica como vértigo. A los 3 días vuelve con cuadro de cefalea temporo-occipital izquierda y pérdida de fuerza de hemicuerpo izquierdo. No RAMs. Antecedentes personales: artropatía psoriásica, hipotiroidismo, HTA, dislipemia. Tratamiento habitual: atorvastatina 20 mg, vitamina B12, torasemida 5 mg, lorazepam 1 mg, metotrexate, tapentadol 50 mg, tiroxina 75 mg.

Exploración y pruebas complementarias: TA 147/74 mmHg, FC 87 lpm, SatO₂ 97%, afebril. Consciente, orientada, colaboradora, eupneica en reposo, normohidratada, normocoloreada, BEG. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos ni rones. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos. Exploración abdominal: ruidos hidroaéreos presentes, no ruidos sobreañadidos, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Exploración neurológica: Glasgow 15p, pupilas isocóricas y normoreactivas. No alteración de pares craneales. Pérdida de fuerza de MSI y MII. Nistagmo negativo. Romberg negativo. Marcha inestable, con aumento de la base de sustentación. Bioquímica, hemograma y gasometría venosa normales. TC cerebral: LOE en espacio occipitoparietal izquierdo con núcleo hiperdenso de 3,6 × 4 cm y edema perilesional con compresión sobre asta ventricular lateral izquierda. Hospitalización: se realizan TC toracoabdominal y RMN cerebral para completar el estudio. TC toracoabdominal: sin hallazgos patológicos. RMN cerebral: imágenes compatibles con gran meningioma angioblástico parietoccipital izquierdo con mínimo componente de herniación subfalcial y discreta dilatación del asta temporal del ventrículo lateral izquierdo. Aparente extensión en el diploe occipital izquierdo debiendo considerar meningioma agresivo anaplásico.

Juicio clínico: Lesión ocupante de espacio cerebral a estudio.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de hipertensión intracraneal (tumores, hematomas, abscesos...). ACV. Hipertensión intracraneal idiopática (pseudotumor cerebri). Estatus migrañoso.

Comentario final: Se puede valorar inicialmente una cefalea como migrañosa si hay antecedentes pero debemos intentar profundizar algo más en la etiología y la clínica. Es importante asociar sintomatología neurológica o muscular que pueda llevarnos a otros diagnósticos como es nuestro

caso y poder dilucidar con claridad y con pruebas complementarias el diagnóstico más preciso evitando evoluciones más tórpidas sobre todo en pacientes de edades más jóvenes.

Bibliografía

1. Orton A, Frandsen J, Jensen R, Shrieve DC. Anaplastic meningioma: an analysis of the National Cancer Database from 2004 to 2012.
2. Harter PN, Braun Y, Plate KH. Classification of meningiomas-advances and controversies. Chin Clin Oncol. 2017.

Palabras clave: Cefalea. Focalidad. Meningioma.