

## 424/1972 - CEFALEA OPRESIVA Y ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

L. Fernández García<sup>1</sup>, H. Angulo Ugarte<sup>1</sup>, M. Larrauri Aguirre<sup>2</sup> y M. Arranz Ramos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arrigorriaga. Vizcaya. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Arrigorriaga. Vizcaya. <sup>3</sup>Enfermera. Centro de Salud Arrigorriaga. Vizcaya.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 63 años, exfumador desde hace 30 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni tratamiento habitual, que acude a consulta por episodios de cefalea opresiva y mareo de un año de evolución, que últimamente son diarios, pero que no le limitan en su día a día. Hablando con el paciente nos damos cuenta de que está desinhibido, tiene horario cambiados (apenas duerme, sube al monte de madrugada, come a las 10:00...) e hiperreligiosidad. Realizamos exploración neurológica que resulta normal (pupilas isocóricas normorreactivas, pares craneales normales, fuerza y sensibilidad conservada, no dismetrías, Romberg negativo, marcha estable, y derivamos a consultas de Neurología, donde se solicita una resonancia magnética cerebral (RM). Estando pendiente de la realización de esta prueba, nos acude un día a consultas por pérdida de conocimiento en su domicilio. Refiere que se ha despertado en el suelo sobre un charco de sangre y presenta una herida en la cabeza. No recuerda lo ocurrido. Tras valoración en el centro de salud se deriva al Servicio de Urgencias y posteriormente se ingresa a cargo de Neurología por probable sincope neurogénico. Se realiza RM cerebral informada como probable meningioma frontal izquierdo con importante edema vasogénico perilesional. El episodio sincopal es interpretado como primera crisis, se realiza un electroencefalograma (EEG) que presenta persistente disfunción-irritación cerebral de tipo focal, y se inicia tratamiento antiepileptico. Es trasladado al servicio de Neurocirugía donde es intervenido mediante craneotomía y exéresis tumoral, dándole de alta ante buena evolución.

**Exploración y pruebas complementarias:** Toma de constantes, exploración física y neurológica. RM cerebral. EEG.

**Orientación diagnóstica:** Meningioma frontal izquierdo. Crisis focales secundarias.

**Diagnóstico diferencial:** Metástasis de primario desconocido. Hemorragia intracraneal. Ictus. Crisis epiléptica. Síncope cardiogénico. Hipoglucemias.

**Comentario final:** La cefalea es un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. Es importante realizar una correcta anamnesis y exploración física para detectar probables síntomas de alarma que nos hagan sospechar en causas orgánicas como causantes de la clínica. Es importante estar atentos ante posibles cambios de comportamiento en los pacientes. La persistencia de un síntoma nos debería replantear el diagnóstico inicial y valorar ampliar estudio.

### Bibliografía

1. Encender la alarma. AMF. 2018;14(2):2186.

2. Pérdida breve de conciencia. AMF. 2014;10(6):344-8.

**Palabras clave:** Síncope. Meningioma. Cefalea.