Semergen. 2020;46(Espec Congr 1):1265

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

482/573 - DOCTORA, MI HIJO VE DOBLE Y LE DUELE LA CABEZA

A. Prieto Alonso[1], F. Bernal Hertfelder[2], J. Chen[3] y P. García Gómez[4]

[1]Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel de Cervantes. Alcalá de Henares. Madrid.[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. [3]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud María de Guzmán. Alcalá de Henares. Madrid. [4]Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel de Cervantes. Alcalá de Henares. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 13 años derivado por su pediatra de atención primaria a Urgencias hospitalarias por cefalea frontoparietal de tipo opresivo de 45 días de evolución, que remite con ibuprofeno, junto con diplopía permanente en mirada lejana. Asocia fotofobia y sonofobia. En la última semana vomitó dos veces al despertarse. Niega fiebre y clínica respiratoria. Sin alergias. Operado dos veces de hernia inguinal derecha. Cuadros de ansiedad estudiados por Psiquiatría que no se repiten desde hace un año. Estudio actual por Neurología.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general y afebril. Auscultación cardiaca y pulmonar normal, exploración abdominal sin alteraciones. Exploración otorrinolaringológica normal. Exploración neurológica: consciente y orientado, musculatura ocular extrínseca (MOE) sin restricciones ni nistagmos, fuerza y tono muscular conservados, sin signos meníngeos. En centro de salud se obtuvo ECG normal y analítica sanguínea que incluía hemograma y perfil bioquímico normales. En Urgencias, Pediatría solicita valoración oftalmológica de fondo de ojo donde se observa papiledema bilateral.

Orientación diagnóstica: Se contacta con Radiología para realizar inmediatamente resonancia magnética (RM) cerebral. El estudio (sin y tras administración de contraste intravenoso) muestra una masa heterogénea de 46 × 38 × 51 mm localizada en el IV ventrículo, extendiéndose a través del agujero de Luschka hacia la cisterna del ángulo pontocerebeloso derecho y provocando importante hidrocefalia obstructiva activa. Se traslada al paciente monitorizado al Hospital de referencia para su rápida valoración por el Servicio de Neurocirugía Infantil. Al día siguiente se extirpa quirúrgicamente el tumor y se programa radioterapia y rehabilitación.

Diagnóstico diferencial: Tumor cerebral de gran tamaño en IV ventrículo (probable meduloblastoma, sin descartar ependimoma o astrocitoma), con hidrocefalia obstructiva activa.

Comentario final: El presente caso es una prueba de que la rapidez de actuación y la coordinación entre atención primaria y urgencias hospitalarias, junto con una conexión eficaz con el hospital de referencia son fundamentales y permitieron que en poco más de 24 h el paciente fuera intervenido quirúrgicamente, lográndose una exéresis completa de un tumor muy agresivo y la iniciación del correspondiente tratamiento, junto con la minimización de consecuencias indeseables.

Bibliografía

1. Massimino M, Biassoni V, Gandola L, et al. Childhood medulloblastoma. Crit Rev Oncol Hematol. 2016;105:35-51.

Palabras clave: Meduloblastoma. Visión doble. Cefalea.

1138-3593 / © 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.