

333/225 - MIDRIASIS UNILATERAL

S. García Hunter¹, M. de la Torre de Dios², A. Martínez Marín³, I. Riera Carlos¹, C. Pérez Fernández⁴.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca.²Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Norte. Salamanca.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 31 años, con antecedentes de migrañas, en tratamiento preventivo con propanolol, que acude a la consulta por presentar cefalea hemicraneal derecha continua de 4 días de evolución. El dolor no cede a pesar de la toma de dos comprimidos de sumatriptán por lo que acude a la consulta. No ha tenido náuseas ni vómitos. Sueño conservado. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración neurológica se aprecian pupilas discretamente anisocóricas con pupila derecha midriática y arreactiva. Los pares craneales eran normales y no presentaba signos de rigidez meníngea. La fuerza de las cuatro extremidades estaba conservada, aunque presentaba reflejos rotulianos aumentados. La exploración de la coordinación y el equilibrio eran normales. Ante la focalidad neurológica se deriva el paciente a Urgencias. Se realiza un TAC cerebral que evidencia una lesión expansiva derecha compatible con tumor cerebral.

Juicio clínico: Tumor cerebral.

Diagnóstico diferencial: Se realiza con demás entidades que produzcan cefalea con focalidad neurológica: Infecciones (abceso cerebral, meningitis, encefalitis...), ictus isquémico/hemorrágico, metástasis cerebral, intoxicación por drogas... Otras patologías que cursan con cefalea pero por lo general no producen focalidad neurológica son: crisis migrañosa, cefalea en racimos, hemicranea paroxística, neuralgia del trigémino, etc.

Comentario final: Se trata de un caso muy ilustrativo de por qué debemos levantarnos a explorar a un paciente y no achacar todo lo que le ocurre a su patología previa. En este caso se sospechó que la crisis migrañosa no era la suya habitual y la exploración física lo reafirmó. Se evitó un diagnóstico más tardío y por tanto un peor pronóstico del tumor cerebral. Los signos de alarma más importantes que todo médico debe descartar en un paciente con cefalea son: dolor de alta intensidad y comienzo agudo, empeoramiento de cefalea crónica, cefalea asociada a focalidad neurológica (como alteración de pares craneales o rigidez meníngea), presencia de náuseas y vómitos, que empeore con maniobras de valsalva o empeoramiento nocturno.

Bibliografía

Neurowikia. Neuroanatomía y exploración pupilar. Disponible en:
<http://www.neurowikia.es/content/neuroanatomia-y-exploracion-pupilar>

Dávila González P et al. Manual de Neurología y Neurocirugía. AMIR. 5^a edición. Disponible en:

<https://www.amirsalud.com/wp-content/uploads/2018/09/Neurolog%C3%ADA.pdf>

Palabras clave: Anisocoria, tumor cerebral, migraña.