



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 333/225 - MIDRIASIS UNILATERAL

S. García Hunter<sup>1</sup>, M. de la Torre de Dios<sup>2</sup>, A. Martínez Marín<sup>3</sup>, I. Riera Carlos<sup>1</sup>, C. Pérez Fernández<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. <sup>2</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Norte. Salamanca. <sup>4</sup>Médico 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 propranolol, 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 (absceso 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, hemicraneal 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. 5ª edición. Disponible en:

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

**Palabras clave:** Anisocoria, tumor cerebral, migraña.