



264/60 - IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

A. Serrano Camacho^a, R. Dueñas Vargas^b, Á. Bonilla Álvarez^c y R. Parras Calahorro^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud El Toyo. Almería. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza de Toros. Almería. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benahadux. Almería. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Sur.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 74 años, natural de Alemania, con antecedentes personales de migraña, hipertrofia benigna de próstata, melanoma en brazo (2009), dislipemia e hipertensión arterial, que acude a Urgencias por cefalea en hemisferio derecho de 3 días de evolución que refiere es más intensa que sus crisis migrañas previas y no cede a analgesia habitual. Presenta además, fotofobia y un episodio de vómito. Su tratamiento habitual incluye amlodipino, atorvastatina, finasteride y tamsulosina.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: Afebril. TA 160/70. SaO₂ 97%. FC 65 lpm. Consciente y orientado. Leve sensación de enfermedad. Bien hidratado y persuadido. Buena coloración de piel y mucosas. Eupneico en reposo, tolerando decúbito sin cianosis, manteniendo buenas saturaciones de oxígeno. Exploración neurológica: PINR. MOEC. Glasgow 15/15. Leve ptosis palpebral izquierdo. Ligera paresia facial izquierda con asimetría del surco nasogeniano izquierdo. Claudicación distal de MSI (mano) en la maniobra de Barré y claudicación de MII en la maniobra de Mingazzini. Funciones superiores aparentemente normales. Sensibilidad conservada. AC: Tonos rítmicos sin soplos ni extratonos. AR: Murmullo vesicular conservados sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación. MMII: No edemas. No signos de TVP. Pulsos medios palpables y simétricos. Bioquímica: glucosa 142, urea 49,6, creatinina 0,96, Na 142, K 4,51. Hemograma: Hb 13, leucocitos 9.220, neutrófilos 86%, plaquetas 153.000. Coagulación: act. protrombina 112%, TTPa 30,9 seg, fibrinógeno 402. TAC craneal: lesión de morfología nodular e hiperdensa sugerente de LOE temporal derecha hemorrágica, y dado el antecedente de melanoma, como primera posibilidad debido a metástasis cerebral. Produce edema y desplazamiento de línea media contralateral.

Juicio clínico: LOE temporal derecho hemorrágico en paciente con antecedente de melanoma intervenido.

Diagnóstico diferencial: Episodio migrañas, parálisis facial periférica/central, neoplasia primaria cerebral.

Comentario final: Se consulta con neurocirujano de guardia, que indica, dando el antecedente de melanoma, es probable que se trate de una lesión metastásica, desestima cirugía por su parte e indica tratamiento con esteroides. A pesar de su antecedente personal de migraña, hay que tener en

cuenta el conjunto de sus antecedentes personales y no achacar siempre las cefaleas a posibles migrañas. Es muy importante realizar una correcta exploración neurológica para descartar otro tipo de patologías.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
2. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a edición. México: McGraw-Hill; 2012.