



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1541 - DOCTOR, ME DUELE LA CABEZA Y EMPIEZO A VER DOBLE, ¿QUÉ ME PASA?

J. Salazar Garzo<sup>a</sup>, N. González Nafría<sup>b</sup>, V. Guinaldo Losada<sup>a</sup>, H. Safir Jabeen<sup>a</sup>, I.M. Ramiro Bejarano<sup>c</sup> y P. Fernández de la Mata<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. <sup>b</sup>Médico Residente 4º año de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de León. León. <sup>c</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 46 años que acude a la consulta del centro de salud por cefalea holocraneal, de más de 1 semana de evolución, persistente, que no responde a paracetamol ni a antiinflamatorios. En el momento de la consulta el paciente refiere visión doble desde esa mañana. En exploración neurológica se objetiva parálisis del sexto par craneal bilateral y síndrome de Horner izquierdo, motivo por el que se deriva al servicio de Urgencias del hospital. Con pruebas de neuroimagen se objetivó una pansinusitis aguda con trombosis de ambos senos cavernosos. Queda ingresado en el servicio de neurología y durante 4 semanas recibió tratamiento antibiótico de amplio espectro y anticoagulación, con una evolución clínica favorable.

**Exploración y pruebas complementarias:** T.A: 150/80. Tª 37,5 °C Auscultación cardiaca y pulmonar normal. Saturación de oxígeno 98%.. Exploración neurológica: parálisis sexto par craneal bilateral y síndrome Horner izquierdo. Fondo de ojo: incipiente papiledema bilateral. Discreta inyección conjuntival en ambos ojos. Resto normal. Hemograma: leucocitosis 18.300 (neutrofilia y linfopenia), con valores normales al alta. Coagulación normal. Serologías para lúes, hepatitis C y VIH negativas. Radiografía tórax, electrocardiograma y TAC craneal normal. RM craneal: pansinusitis aguda. Discreta expansión de los senos cavernosos, con defectos de repleción en su interior, que sugieren trombosis.

**Juicio clínico:** Parálisis del 6º par craneal bilateral secundaria a trombosis de ambos senos cavernosos.

**Diagnóstico diferencial:** 1. Lesión a nivel de la neurona central (causa desmielinizante, isquémica o tumoral); 2. Lesión a nivel preganglionar (posible masa a nivel del vértice pulmonar o cervical); 3. Lesión a a nivel posganglionar (por una disección de la carótida interna o lesión intracraneal ocupante de espacio que afecte a esta estructura); 4. Hipertensión intracraneal.

**Comentario final:** Debemos plantearnos derivar a un paciente con cefalea cuando ésta presenta datos de alarma, (reciente comienzo, despertar nocturno, que no ceda con analgesia adecuada) y si se acompaña de focalidad neurológica. El edema de papilar bilateral y paresia de VI par bilateral traducen un cuadro de hipertensión intracraneal. La afectación de varios pares craneales (entre el

III y el V) siempre nos tiene que hacer sospechar de una alteración a nivel de los senos cavernosos, como una trombosis a ese nivel, La aparición de una diplopía binocular de forma aguda y persistente, con o sin oftalmoparesias aparentes, debe ser evaluado de forma multidisciplinar por oftalmología y neurología.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Molina Nieto T, Montero Pérez F.J, Jiménez Murillo L. Otras urgencias neurológicas. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 459-61.
2. Stam J, et al. Thrombosis of the cerebral veins and sinuses. N Engl J Med. 2005;352:1791-8.