



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3138 - CEFALEA DE LARGA EVOLUCIÓN

M.J. Navarro Hidalgo^a, V. Arjona García^b y J.M. García Gersol^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia; ^cMédico de Familia. Tutor de Residentes. Centro de Salud D. Rafael Flórez Crespo. Posadas.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 23 años, acude a consulta de Urgencias por episodios de cefalea temporal izquierda asociado a mareo con giro de objetos, de 6 meses de evolución. En el último mes se han presentado diariamente, más intensos por la mañana y con los esfuerzos, asociados a náuseas con vómitos y visión borrosa. No refiere traumatismo previo ni pérdida de conciencia. No mejora con tratamiento sintomático. No hábitos tóxicos ni antecedentes personales de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales. Auscultación cardiorrespiratoria, exploración abdominal y de MMII normales. Exploración neurológica: consciente y orientada, sin focalidad, pupilas normorreactivas, no pérdida de tono, fuerza o sensibilidad, no signos meníngeos, destaca disminución de la visión en campo visual izquierdo. Analítica completa dentro de la normalidad, ECG, Rx tórax y abdomen, TAC craneal sin hallazgos patológicos. Se realiza una interconsulta a Oftalmología, realizando un fondo de ojo en el que se observó edema de papila. Desde forma programada se realizó RNM cerebral y punción lumbar con LCR sin alteraciones.

Juicio clínico: Pseudotumor cerebral o hipertensión intracraneal idiopática benigna.

Diagnóstico diferencial: Tumor cerebral, vértigo posicional benigno periférico, infección sistema nervioso central, hidrocefalia.

Comentario final: El pseudotumor cerebral se caracteriza por signos y síntomas clínicos de aumento de la presión intracraneal sin evidencia de masas intracraneales, hidrocefalia, infección, ni otra patología estructural del SNC en los estudios de neuroimagen y en el examen de LCR. Es más frecuente en mujeres, cursando con cefalea matutina, náuseas, acúfenos, alteraciones visuales o dolor ocular. Su etiología se desconoce y se asocia a obesidad e hipertensión arterial, fármacos, toma prolongada de corticoides, déficit de vitamina A o durante la gestación. El diagnóstico es por exclusión y el tratamiento inicial se basa en pérdida de peso y acetazolamida, siendo necesaria una derivación ventriculoperitoneal cuando exista pérdida visual rápidamente progresiva.

Bibliografía

1. Julayanont P, Karukote A, Ruthirago D. Idiopathic intracranial hypertension: ongoing clinical challenges and future prospects. J Pain Res. 2016;9:87-99.
2. Friedman DI, Jacobson DM. Diagnostic criteria for idiopathic intracranial hypertension.

Neurology. 2002;59:1492.

3. Arpa J, Tejada J, Caminero AB, Barreiro P, Palomo F, Plaza I. Síndrome pseudotumoral. Rev Neurol. 2014;58:315-9.

Palabras clave: *Cefalea. Pseudotumor. Papiledema. Hipertensión intracraneal.*