



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3980 - NO UNA CEFALEA CUALQUIERA

M. Cardona Rovira<sup>a</sup>, S. Mateu Ripoll<sup>a</sup>, M. Morant Llidó<sup>b</sup>, I. Llarío Cuquerella<sup>c</sup> y J. Montalvá Barra<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de Castellón. Valencia. <sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Enguera. Valencia. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de Castellón. Valencia. <sup>d</sup>Médico de Familia. Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva. Valencia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 67 años que acude a urgencias con cuadro de dos días de evolución de mareo inespecífico, inestabilidad, cefalea hemicraneal izquierda y debilidad de MII. Se diagnostica como vértigo. A los 3 días vuelve con cuadro de cefalea temporo-occipital izquierda y pérdida de fuerza de hemicuerpo izquierdo. No RAMs. Antecedentes personales: artropatía psoriásica, hipotiroidismo, HTA, dislipemia. Tratamiento habitual: atorvastatina 20 mg, vitamina B12, torasemida 5 mg, lorazepam 1 mg, metotrexate, tapentadol 50 mg, tiroxina 75 mg.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 147/74 mmHg, FC 87 lpm, SatO<sub>2</sub> 97%, afebril. Consciente, orientada, colaboradora, eupneica en reposo, normohidratada, normocoloreada, BEG. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos ni rones. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos. Exploración abdominal: ruidos hidroaéreos presentes, no ruidos sobreañadidos, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Exploración neurológica: Glasgow 15p, pupilas isocóricas y normoreactivas. No alteración de pares craneales. Pérdida de fuerza de MSI y MII. Nistagmo negativo. Romberg negativo. Marcha inestable, con aumento de la base de sustentación. Bioquímica, hemograma y gasometría venosa normales. TC cerebral: LOE en espacio occipitoparietal izquierdo con núcleo hiperdenso de 3,6 × 4 cm y edema perilesional con compresión sobre asta ventricular lateral izquierda. Hospitalización: se realizan TC toracoabdominal y RMN cerebral para completar el estudio. TC toracoabdominal: sin hallazgos patológicos. RMN cerebral: imágenes compatibles con gran meningioma angioblástico parietoccipital izquierdo con mínimo componente de herniación subfalcial y discreta dilatación del asta temporal del ventrículo lateral izquierdo. Aparente extensión en el diploe occipital izquierdo debiendo considerar meningioma agresivo anaplásico.

**Juicio clínico:** Lesión ocupante de espacio cerebral a estudio.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome de hipertensión intracraneal (tumores, hematomas, abscesos...). ACV. Hipertensión intracraneal idiopática (pseudotumor cerebri). Estatus migrañoso.

**Comentario final:** Se puede valorar inicialmente una cefalea como migrañosa si hay antecedentes pero debemos intentar profundizar algo más en la etiología y la clínica. Es importante asociar sintomatología neurológica o muscular que pueda llevarnos a otros diagnósticos como es nuestro

caso y poder dilucidar con claridad y con pruebas complementarias el diagnóstico más preciso evitando evoluciones más tórpidas sobre todo en pacientes de edades más jóvenes.

### **Bibliografía**

1. Orton A, Frandsen J, Jensen R, Shrieve DC. Anaplastic meningioma: an analysis of the National Cancer Database from 2004 to 2012.
2. Harter PN, Braun Y, Plate KH. Classification of meningiomas-advances and controversies. Chin Clin Oncol. 2017.

**Palabras clave:** Cefalea. Focalidad. Meningioma.