



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-117 - EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA EXHAUSTIVA EN CUADRO DE CEFALEA

J.L. Cepeda Blanco, R. Segura Granada, N. Ovalle González, R. López Sánchez, N. Otero Cabanillas y L. Alli Alonso

CS Camargo Costa.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 16 años consulta por Cefalea de 11 días de evolución, valorado en dos ocasiones en Urgencias, al 2º y 6º día, diagnosticado de cefalea migrañosa tratada con AINES con mal control de síntomas que precisa de nueva consulta en su CS. Antecedentes familiares de migraña en rama materna y paterna (4 familiares). Cefalea intensa desde hace 11 días, inicialmente pulsátil, hemicraneal, periocular derecha que en 72h se vuelve holocraneal opresiva con fotofobia, sonofobia y 3 vómitos aislados desde inicio. El 6º día aparece diplopía, mareo e inestabilidad. Afebril, la cefalea respeta el sueño. Cede parcialmente con analgesia. A la exploración presenta anisocoria de pupilas, edema de papila de OD y paresia del 6º par, se deriva a urgencias donde se le realiza TAC urgente y posteriormente ingresa en Neurocirugía.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 120/80. SatO₂: 95%. Temperatura: 35,9 °C. Presenta buen estado general, normocoloreado, eupneico, consciente y orientado. Funciones cerebrales superiores normales, Pupilas anisocóricas D > I, reactivas. Diplopía binocular de mirada inferior bilateral, paresia del 6º par a nivel periférico, con resto de movimientos conservados. No disimetría, no disidiadococinesia ni nistagmo. Sin otras alteraciones motoras o sensitivas. Sin signos meníngeos. OD: edema de papila, sin alteraciones de la vascularización. Resto normal. Analítica: normal. Rx tórax: sin alteraciones. TAC y RMN: tumoración líquida en polo temporal izquierdo sugestiva de quiste aracnoideo, con señal similar a LCR, dimensiones 34 × 46 × 35 mm con efecto expansivo sobre parénquima temporal sin edema asociado. Presenta defecto en su perímetro compatible con rotura. Condiciona colapso parcial del ventrículo ipsilateral y desviación de la línea media de 5 mm.

Juicio clínico: Quiste aracnoideo abierto a espacio subdural.

Diagnóstico diferencial: Los antecedentes familiares del paciente y la clínica sugieren una cefalea migrañosa. El carácter cambiante del dolor y las alteraciones neurológicas que presenta hacen necesaria una prueba de imagen para acotar el diagnóstico. Pueden cursar con paresia del 6º par y cefalea las siguientes patologías: traumática, microvascular, enfermedades desmielinizantes, procesos infecciosos, infiltrantes, oftalmopatía tiroidea, trombosis séptica de seno cavernoso. Todas quedan descartadas mediante analítica y prueba de imagen.

Comentario final: Tras evidenciarse lesión quística con desplazamiento de la línea media y colapso parcial del ventrículo izquierdo el paciente ingresa 10 días en neurocirugía, instaurándose

tratamiento con analgesia básica y dexametasona con buen control de la cefalea, que no recidiva, y mejoría progresiva de la diplopía. observamos en RMN de control menor desviación de masa encefálica y menor efecto expansivo. Alta a domicilio con controles mensuales. Cabe destacar la importancia de una exploración física exhaustiva en pacientes que consultan repetidamente por una clínica concreta, refractaria al tratamiento y con progresión sintomática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olesen J, Bousser MJ; Headache Classification Committee. New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. *Cephalalgia*. 2006;26:742-6.
2. Gelabert-González M. Resolución espontánea de quiste aracnoideo intracraneal asintomático. *Neurocirugía*. 2008;19:361-4.