



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 199/167 - CEFALEA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN

A. Bernal Hinojosa<sup>a</sup>, E. Espínola Coll<sup>b</sup>, B. García Gollone<sup>c</sup> y J. Cano García<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés-Torcal. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 68 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus y artrosis generalizada. No intervenciones quirúrgicas. Tratamiento con antihipertensivos, antidiabéticos orales y analgésicos a demanda. Refiere cefalea de tipo opresivo de predominio occipital, que respeta el descanso nocturno y que no responde a analgesia habitual. Además, se palpa bultomas en cuero cabelludo a nivel occipital, no dolorosos a la palpación. Niega disnea, pérdida de peso u otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, consciente, orientada, colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo y con la conversación. Exploración neurológica: Glasgow 15. Pupilas isocóricas y reactivas. No alteración de los pares craneales, no alteración de fuerza, tono ni marcha. No disimetría, no disidiadococinesia. Cabeza normoconformada, varios tumores de 2 centímetros aproximadamente en cuero cabelludo a nivel occipital, sin poder descartar origen en partes blandas o a nivel óseo. No bocio, no adenopatías. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos audibles. Auscultación respiratoria sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. No edemas de miembros inferiores, no signos de trombosis venosa profunda. Se solicita radiografía de cráneo, en la que se observan imágenes osteolíticas diseminadas en calota craneal. La paciente comienza con aumento de su disnea habitual hasta hacerse de mínimos esfuerzos, sin tos ni expectoración, sin fiebre. Se solicita radiografía de tórax en la se observa engrosamiento del hilio izquierdo y derrame pleural izquierdo, de moderada cuantía. La paciente es derivada a urgencias para valoración y estudio del derrame pleural. Broncoscopia con estenosis en la embocadura de los segmentos apical posterior y anterior del bronquio izquierdo, de los que se toman biopsias cuyo resultado anatomopatológico revela un carcinoma indiferenciado microcítico. En la tomografía axial computadorizada (TAC) se ponen de manifiesto metástasis ganglionares, óseas, entre ellas en calota y hepáticas, y gammagrafía ósea con depósitos patológicos del trazador a nivel de columna y ambas parrillas costales.

**Juicio clínico:** Cáncer de pulmón indiferenciado microcítico, con metástasis óseas y hepáticas.

**Diagnóstico diferencial:** Cefalea. Migraña sin aura. Metástasis óseas en cráneo.

**Comentario final:** El cáncer de pulmón constituye la primera causa de mortalidad por cáncer entre los varones y la segunda entre las mujeres, con una incidencia pico entre los 55-65 años. La forma de presentación es variable y derivada del crecimiento local del tumor, en la mayoría de los casos, en forma de tos (50-75%), hemoptisis (25-50%), dolor torácico (25%) y disnea (20-25%). En el momento del diagnóstico,

un 15% tienen enfermedad local, 25% diseminación a ganglios linfáticos, y 55% enfermedad metastásica. Los tumores de pulmón son la tercera causa de frecuencia de metástasis óseas después del cáncer de mama y el de próstata. La radiología simple muestra que la mayoría de las metástasis son osteolíticas. En nuestro caso, la forma de presentación no es la más frecuente, pues el primer síntoma son las metástasis en calota.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Braun Saro B, Akasbi Montalvo M, Díaz Curiel M. Osteolytic images os the skull. Rev Esp Enferm Metab Oseas. 2000;9(6).
1. Rubens RD. Bone metastases. The clinical problem. Eur J Cancer. 1998;34:210-3.
1. Mundy GR. Mechanism of bone metastases. Cáncer 1997;80:546-56.