



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1886 - Cefaleas que traducen patología grave subyacente

L. Lozano Romero^a, C. Mateos Montes^b, L. Machuca Gómez^c, S. Pueyos Rodríguez^d, A. Ocaña Granados^e, J.M. Montero López^f, J. Jurado Ordoñez^g, P.M. Molina Terrón^g, M.I. Oliveros Chinchilla^h y M.J. Cruz Rodríguezⁱ

^aMédico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Motril-Este. Zona Sur II. Granada. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Motril-Centro. Zona Sur II. Granada. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Motril-Este. Zona Sur II. Granada. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Motril. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Motril-Centro. Zona Sur II. Granada. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Granada. ^gMédico Residente de 3º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Motril-Este. Granada. ^hMédico de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Motril-Este. Granada. ⁱMédico de Familia y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 61 años de edad, que acude a consulta de atención primaria por presentar cefalea opresiva localizada en zona frontal. Se extiende a globo ocular derecho y se acompaña de fotofobia y sonofobia, náuseas sin vómitos, no alteraciones visuales; marcada inestabilidad e imposibilidad para la realización de actividades básicas. Esta clínica se presentó de forma progresiva hace dos días llegando a ser muy intensa en las últimas cuatro horas, no cediendo con analgésicos convencionales y llegando a despertarla del sueño. Ha realizado dos visitas a urgencias por este motivo. Como antecedentes personales destaca: diabetes mellitus e hipertensión arterial de tres años de evolución con cifras controladas con tratamiento. No historia de cefaleas previas. Antecedentes familiares de un hijo con tumor cerebral.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente se encuentra consciente y orientada temporo-espacialmente, presenta bradilalia, afectada por el dolor. Constantes dentro de la normalidad, afebril. En la exploración no hay soplos carotídeos, dolor a la palpación de musculatura paravertebral cervical sin presentar dolor a la percusión de apófisis espinosas. No rigidez de nuca, movimientos de flexo-extensión y lateralización cervical conservados. Auscultación cardiorrespiratoria dentro de la normalidad. En la exploración neurológica destaca inestabilidad en la deambulaci3n, marcha levemente atáxica y aumento de la base de sustentaci3n. No signos de meningismo. Pares craneales dentro de la normalidad, motilidad ocular y facial sin anomalías. Fondo de ojo dentro de normalidad. Tras poner varias tandas de analgesia (escal3n terapéutico uno y dos) y proporcionar oxígeno en gafas nasales, la paciente presenta una mejoría muy leve de su cefalea y continua presentando una importante inestabilidad en la marcha y torpeza en la coordinaci3n de movimientos complejos. Se decide su derivaci3n a Hospital General Básico de Santa Ana por cefalea con sntomas de alarma. Allí tras valoraci3n y exploraci3n pertinente realizan análisis sanguíneo (leucocitos de 10.470/mm³ y PCR de 87,5 mg/100 mL). Se decide ingreso y realizaci3n de TAC con contraste intravenoso de cráneo donde se objetiva imágenes compatibles con tumoraci3n glial de alto grado en regi3n temporoparietal derecha de 40 × 34 mm.

Juicio clínico: Tumor glial de alto grado temporoparietal derecho.

Diagnóstico diferencial: Se debe realizar con cefaleas primarias tipo migraña, cefalea tensional, cefaleas trigeminales, sinusitis, crisis de cefalea por hipertensión arterial o cefaleas secundarias a accidente cerebrovascular isquémico, hemorragia subaracnoidea, hemorragias intraparenquimatosas, neoplasias, meningitis, absceso cerebral.

Comentario final: Las cefaleas son un motivo frecuente en la consulta médica, en su mayoría se trata de cefaleas primarias pero es esencial detectar las cefaleas secundarias que traducen patología grave subyacente. Para ello es esencial la realización de una correcta anamnesis y exploración física detallada para detectar síntomas de alarma tales como cambio en el patrón de una cefalea o aumento de frecuencia, unilateralidad estricta, síntomas neurológicos focales, irritación meníngea, cefalea de novo en pacientes mayores de 50 años, cefalea que no cede a tratamiento analgésico convencional. Es esencial reconocer estos síntomas para poder realizar un correcto abordaje de la situación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna. Vol 1. 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.