



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1576 - Sobre la pista de una cefalea

C. Zárate Oñate<sup>a</sup>, M. Ordóñez Vicente<sup>b</sup>, P. Galán Arriola<sup>c</sup>, E. Zaera de la Fuente<sup>b</sup>, B. Parente Gómez<sup>a</sup>, A. Barranco Apoita<sup>d</sup>, L. de Miguel Acero<sup>a</sup> y C. Martín Hernández<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid. <sup>b</sup>Médico Adjunto de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud Goya. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>º</sup> año. Hospital La Princesa. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud Goya. Madrid. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 36 años sin antecedentes de interés. Acudió a la consulta de primaria porque desde hacía 15 días presentaba episodios diarios de parestesias en el mentón que se extendían hacia la hemicara izquierda, de aproximadamente 5 minutos de duración e inicio brusco, seguidas de cefalea holocraneal opresiva (EVA 6/10) que respondía de manera parcial a la toma de antiinflamatorios. Se le derivó de manera preferente a la consulta de Neurología, donde fue diagnosticado de cefalea trigémino-autonómica y se inició tratamiento con topiramato, a la espera de realizar un estudio de resonancia magnética. A los 15 días acudió de nuevo a consulta porque no sentía mejoría de la cefalea, y además presentaba alteraciones visuales, que describía como “un círculo de aguas centrales”. Ante la sospecha de esclerosis múltiple, se decidió derivar al paciente a Urgencias. Allí fue valorado de nuevo por Neurología, se le realizó una punción lumbar para estudio de líquido céfalo-raquídeo, y se le administraron bolos de metilprednisolona. A los pocos días, el paciente acudió de nuevo a consulta por presentar un aumento de la intensidad de la cefalea, acompañado de alteraciones en la marcha. Le derivamos de nuevo a Urgencias, donde finalmente le realizaron un TAC craneal, objetivándose una tumoración fronto-parietal izquierda extensa. El paciente ingresó a cargo de Neurocirugía.

**Exploración y pruebas complementarias:** En consulta se realizó exploración neurológica y fondo de ojo en las que no se objetivaron alteraciones. Posteriormente en el hospital, se realizó punción lumbar, TAC y RM cerebral para confirmar el diagnóstico.

**Juicio clínico:** Astrocitoma cerebral.

**Diagnóstico diferencial:** Cefalea trigémino-autonómica, migraña con aura, esclerosis múltiple, tumor cerebral.

**Comentario final:** Este caso sirve para ilustrar el papel fundamental del médico de Atención Primaria a la hora de detectar los pacientes que precisan una valoración preferente por otros especialistas, así como la importancia de realizar un buen seguimiento de cada enfermo, detectando aquellos cuadros con una evolución desfavorable que requieren estudio e intervención urgente.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Kirby S, Purdy RA. Headache and brain tumors. Curr Neurol Neurosci Rep. 2007;7:110.

2. Valentinis L, et al. Headache attributed to intracranial tumours: a prospective cohort study. *Cephalalgia*. 2010;30:389.