Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):159

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/3297 - Cefalea y algo más... En una mujer joven y sana

A. Gargallo[a], S. Córdova Peralta[b], S. Miravet Jiménez[c], Ll. Esteve Balagué[d], T. Badia Farré[d], C. Paino Martín[e], M. Reyes Castro[a], F.J. Molinero Sardà[d], C. Jiménez Peiró[a], y P. Machado Fernández[b]

[a]Médico Residente; [d]Médico de Familia. EAP Martorell Urbà. Barcelona. [b]Me¿dico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [c]Médico de Familia. ABS Martorell. Barcelona. [e]Médico de Familia. CAP Buenos Aires. Martorell. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 47 años sin AMC ni hábitos tóxicos. Antecedentes personales: no refiere. Motivo de consulta (17/06/2016): cuadro de 7 meses de evolución de cefalea persistente de predominio occipital con progresiva aparición de inestabilidad a la deambulación y vegetatismo ocasional. Cuadro tóxico concomitante. Su médico de familia solicitó TAC craneal, programado el mes anterior a la visita, que la paciente no realiza.

Exploración y pruebas complementarias: EF: álgica (EVA 9/10), CyO, eupneica. Palidez cutánea. Normohidratada. TA: 132/99 mmHg, FC: 101 lpm, SatO2: 98%, Tª: 36 ºC. AC: rítmica, sin ruidos sobreañadidos. AR: MVC. NRL: PINR, PPCC normales. No alteraciones en sensibilidad. Discreta pérdida de fuerza en EESS (4+/5). Hiperreflexia en EESS. Reflejo rotuliano disminuido. No dismetrías apreciables ni adiadococinesia. Romberg alterado. Marcha atáxica con ampliación de base de sustentación. Reflejo cutáneo plantar normal. Se solicita TAC craneal: lesión expansiva intraparenquimatosa infratentorial, con predominio de componente quístico de 55 × 34 mm. Efecto masa con colapso de cisternas y IV ventrículo. Hidrocefalia supratentorial. 22/06/2016: craneoctomía suboccipital y resección del tumor y nódulo en hemicerebelo izquierdo. Se coloca derivación ventricular externa (DVE). 48hpost-IQ: cuadro confusional que no responde a antipsicóticos. En nuevo TC persistencia de la dilatación pese a IQ. Se abre DVE. Posteriormente fiebre e hipotensión, se diagnostica septicemia por *E. cloacae* y se inicia ciprofloxacino endovenoso con buena evolución. AP: astrocitoma pilocítico. En

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

el momento actual la paciente puede deambular con sensación de inestabilidad. Sigue controles en CCEE de neuro-oncología.

Juicio clínico: Tumor cerebral en mujer de 45 años con cefalea secundaria de larga evolución y signos de alarma.

Diagnóstico diferencial: Cefalea tensional, cefalea migrañosa cronificada, cefalea secundaria por otras causas.

Comentario final: La cefalea es uno de los principales motivos de consulta neurológicos en AP. La gran mayoría corresponden a cefaleas primarias, pero es necesaria una buena valoración para descartar causas secundarias mediante anamnesis, exploración física y fondo de ojo. Ante cualquier síntoma o signo de alarma, debemos descartar secundarismos y valorar estudios complementarios: prueba de imagen (TC, RMN o angioTC), análisis de sangre o punción lumbar.

Bibliografía

1. Huerta M, Pozo P, Prat J, Roig C, coord. Guia oficial de diagnòstic i tractament de la cefalea de la Societat Catalana de Neurologia. 2011.
2. Olesen J, Goadsby PJ. The Headaches, 3rd ed. 2006.
3. Mateos Marcos V. Migraña y otras cefaleas. Elsevier. 2010.

Palabras clave: Cefalea. Signos de alarma. Tumor cerebral.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.