



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 Balaguer^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

^aMédico Residente; ^dMédico de Familia. EAP Martorell Urbà. Barcelona. ^bMedico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria;

^cMédico de Familia. ABS Martorell. Barcelona. ^eMédico 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%, T^a: 36 °C. 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 adiadiocinesia. 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: craneotomía 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 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 angiotomografía computarizada), 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.