



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3672 - Cefalea refractaria

V. Vallmitjana Fernández<sup>a</sup>, D.E. González Falcón<sup>b</sup>, T. Martín de Rosales<sup>b</sup>, B. Jerez Basurco<sup>c</sup> y M. Sainz-Maza Aparicio<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Alpes. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 62 años fumadora (IPA 7), con historia de cefalea migrañosa de 5 años de evolución. Acude a la consulta por cuadro de cefalea hemicraneal desde hace 4 días con empeoramiento progresivo, respuesta parcial a analgesia, mayor intensidad durante las primeras horas del día y exacerbada al esfuerzo. Asocia náuseas, ánimo más decaído de lo habitual y falta de concentración. El examen físico y neurológico no mostró hallazgos fuera de la normalidad. Se acusa el cuadro de crisis aguda de migraña y se pauta tratamiento con sumatriptán y antieméticos. A las 48 horas la paciente vuelve a la consulta, acompañada por su hijo, quien refiere empeoramiento con aparición de enlentecimiento del lenguaje, torpeza y en las últimas horas afasia motora y parafasias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Estabilidad hemodinámica. E. neurológica: Glasgow 12 por disfasia mixta. Consciente. Dificultad para comprender órdenes sencillas. Pupilas isocóricas normorreactivas. Campimetría por confrontación normal. Pares craneales normales. Fuerza disminuida en hemicuerpo derecho (2-3 de 5 puntos). Sensibilidad conservada. Marcha inestable. Romberg negativo. Resto de exploración física normal. ECG sin alteraciones. Dados los hallazgos se deriva al paciente al hospital de referencia donde se realiza TC craneal: voluminosa lesión intraparenquimatosa perisilviana izquierda con edema y efecto masa sobre la línea media, que ocasiona herniación transtentorial y presenta áreas de necrosis central. El estudio de perfusión sugiere tumor de alto grado (glioblastoma multiforme vs gliosarcoma). Se inicia tratamiento con corticoides iv a altas dosis y se ingresa en Neurocirugía para estudio y tratamiento.

**Juicio clínico:** Tumor intracraneal de alto grado (glioblastoma multiforme vs gliosarcoma).

**Diagnóstico diferencial:** Procesos expansivos intracraneales. Hidrocefalia. Pseudotumor cerebral. Trombosis venosa cerebral.

**Comentario final:** La cefalea es un frecuente motivo de consulta en Atención Primaria. La anamnesis detallada y la exploración neurológica constituyen el pilar básico para orientar el diagnóstico. Es de fundamental importancia conocer los signos de alarma para derivar al paciente a Urgencias en los casos que sea necesario.

## Bibliografía

1. Gil Campoy JA, González Oria C, Fernández Recio M, Gómez Aranda F, Jurado Cobo CM, Heras Pérez JA. Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Neurología (SAN) y Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía).

*Palabras clave:* Cefalea. Glioblastoma multiforme.