



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2337 - Cefalea en un paciente psiquiátrico, ¿qué se puede enmascarar?

E.M. Prieto Piquero^a, M. Cordero Cervantes^b, R. Cenjor Martín^c, E.M. Cano Cabo^d, L. López Menéndez^e, C. Marinero Noval^b, I. Lobo Cortizo^f y B.C. di Salvo León^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico de Familia. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. ^eMédico Residente. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdesoto. Pola de Siero.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 40 años, fumadora, con antecedentes de síndrome depresivo grave con síntomas psicóticos, a tratamiento y seguimiento desde hace varios años por Psiquiatría. Acude a su Médico de Atención Primaria refiriendo cefalea holocraneal de dos meses de evolución. Asocia vómitos y náuseas. En el último episodio su marido refiere disminución del nivel de conciencia con temblor distal en las cuatro extremidades, sin pérdida de conocimiento, ni alteraciones visuales, sin pérdida de control de esfínteres ni mordedura lingual. Debido a sus antecedentes se da de alta. Dado que esa misma noche vuelve a repetir episodio acuden a Urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientada y colaboradora. Pares craneales conservados con pupilas isocóricas y normorreactivas. No nistagmus. No disimetrías. No pérdida de fuerza ni de sensibilidad. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Analítica dentro de la normalidad. Electrocardiograma con ritmo sinusal a 75 lpm. TC craneal: Lesión expansiva frontal izquierda, intraaxial, de bordes irregulares, con necrosis central, efecto masa colapsando el asta frontal ipsilateral y desplazamiento de línea media. RM cerebral: tumoración primaria, diámetro máximo de 7 cm, sugestiva de oligodendroglioma de alto grado. Anatomía patológica: oligodendroglioma anaplásico con necrosis (grado III).

Juicio clínico: Oligodendroglioma anaplásico frontal izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Astrocitomas anaplásicos y glioblastomas. Meningiomas y otros tumores mesenquimatosos. Tumores hipofisarios. Schwannomas. Linfomas del SNC. Oligodendrogliomas. Ependimomas. Astrocitomas de grado bajo. Meduloblastomas. Tumores cerebrales metastásicos.

Comentario final: Se le realiza una resección parcial de la tumoración con radioterapia posterior y buena evolución. Ante nuestro caso anterior se debería realizar una tomografía computarizada, debido a la cefalea de dos meses de evolución que asocia además temblor distal pudiendo evolucionar a crisis convulsiva. Se deben dejar a un lado los antecedentes psiquiátricos que ya presenta la paciente y que pueden enmascarar el diagnóstico. Las convulsiones son síntomas del cuadro inicial en aproximadamente 20% de los pacientes que tienen tumores encefálicos supratentoriales y preceden el diagnóstico clínico en meses en pacientes con tumores de crecimiento lento. Se deben diferenciar todos los tumores encefálicos de otras lesiones compresivas con manifestaciones clínicas parecidas, como abscesos, anomalías arteriovenosas e infartos.

Bibliografía

1. Banerjee M, Dinda A, Sinha S, et al. C-myc oncogene expression and cell proliferation in mixed oligo-astrocytoma. 1996.

Palabras clave: Cefalea. Convulsiones. Oligodendroglioma.