



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3442 - DOCTOR, ¡ESTA NO ES MI CEFALEA HABITUAL!

M. Rengel Sanz^a, V. Ruiz Ruiz^b y C. Sánchez Ortega^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Bárbara. Almería. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almería Centro.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 42 años con antecedentes de crisis de migraña, acude a la consulta por dolor frontal, de varios días de evolución que ha ido en aumento progresivo, opresiva, de diferentes características que su migraña habitual, de predominio matutino, descansa por la noche, mareo con sensación de giro de objetos leve asociado. No refiere otra sintomatología. Exploración neurológica, sin hallazgos. Se ajusta tratamiento. La paciente regresa a la consulta 2 días más tarde, refiriendo no mejoría de la sintomatología, por lo que se deriva a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada. Obesa. TA 135/60. Afebril. BEG. Exploración neurológica: campimetría por confrontación con hemianopsia homónima izquierda completa. Lenguaje fluido y coherente. No pérdida de fuerza ni de sensibilidad. Coordinación y marcha normal. Resto de exploración sin hallazgos. Resto de exploración por aparatos y sistemas anodina. Se le realiza TC craneal sin y con contraste en el que se aprecia un proceso infiltrativo, neoproliferativo en región occipital derecha, desplazamiento de la línea media y colapsa el ventrículo adyacente. Se decide ingreso para completar estudio con RM craneal con formato de neuronavegación. RM con contraste i.v. de cráneo: tumoración intraaxial en región occipital derecha de $5 \times 2,8 \times 3,9$ cm. Presenta realce de predominio "en anillo" con centro necrótico. Marcado edema digitorme efecto masa sobre sistema ventricular homolateral con leve desplazamiento de la línea media (4,5 mm) hacia el lado contralateral. No se aprecian otros realces patológicos. Los hallazgos son sugestivos de astrocitoma de alto grado, probable GBM. Anatomía patológica: se confirma GBM. TC craneal tras intervención: no se aprecian restos tumorales, el asta ventricular ha vuelto a su posición anatómica.

Juicio clínico: Glioblastoma multiforme occipital derecho.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión intracraneal idiopática (seudotumor cerebral).

Cefalea por arteritis de células gigantes. Hemicranea paroxística crónica. Cefalea tensional. Migraña. Astrocitoma. Ependimoma. Meningioma. Meduloblastoma. Craneofaringioma. Oligoastrocitomas. Oligodendrogiomas.

Comentario final: La paciente es intervenida evolucionando positivamente, desapareciendo la cefalea, persiste la hemianopsia izquierda. Es necesario prestar atención a los signos de alarma de la cefalea, motivo de consulta muy frecuente en atención primaria pero en ocasiones de alta peligrosidad.

Bibliografía

1. Rasmussen BK, Breslau N. Migraine, Epidemiology. En: Olesen J, Tfelt-Hansen P. Welich KMA, eds. The headaches, New York: Raven, 1993:169-73.

Palabras clave: Cefalea. Glioblastoma multiforme. Tumores cerebrales.