



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/67 - ¡ATENCIÓN A LAS CEFALEAS!

S. Berbel León^a, M. Montes Ramírez^b, A. Parrella Martín-Gamero^a, S. Sánchez Lozano^a y M. Martínez Abad^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Gregorio Marañón. Alcorcón. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud San Lorenzo del Escorial. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Eloy Gonzalo. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 31 años fumadora sin otros antecedentes personales ni familiares de interés. Acude por cefalea de una semana de evolución, estrictamente unilateral derecha y pulsátil con EVA 8/10. Le aparece de forma vespertina y le despierta por las noches. Empeora con Valsalva. No náuseas. Fonofobia sin fotofobia. No cede con paracetamol y metamizol. Ante las características de la cefalea se deriva a Urgencias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 120/74. Exploración neurológica: Pares craneales conservados. Fuerza, sensibilidad y ROTs conservados y simétricos. No nistagmo. No dismetría. No disdiadiococinesia. Romberg negativo. Marcha en tandem normal. Arterias temporales palpables no dolorosas. Columna cervical, oídos, senos paranasales, piezas dentarias y ATM normales. Pruebas complementarias: TAC craneal: lesión quística en hemisferio cerebeloso izquierdo de localización excéntrica con pequeñas calcificaciones periféricas y nódulo central de densidad heterogénea. Tras la administración de contraste se identifica realce irregular y periférico de la porción sólida de la lesión. RM: lesión intraaxial de fosa posterior sólido quística de 33 × 43 mm con realce de nódulo sólido de 32 × 21 mm tras la administración de contraste. Estudio histológico: astrocitoma pilocítico.

Juicio clínico: Astrocitoma pilocítico.

Diagnóstico diferencial: De las cefaleas: primarias: migraña, cefalea tensional, cefaleas trigémino autonómicas, otras cefaleas primarias; secundarias: por traumatismos, trastornos vasculares, trastornos intracraneales no vasculares, por administración o supresión de sustancias, infecciones, trastornos de la homeostasis, dolor facial por trastornos del cráneo, atribuida a trastorno psiquiátrico; neuropatías craneales dolorosas, otros dolores faciales y otras cefaleas.

Comentario final: En AP debemos prestar especial atención a la sintomatología y exploración de nuestros pacientes para realizar derivaciones adecuadas. A nuestra paciente se le realizó craneotomía con extirpación del tumor con aparición de una fistula de LCR en el postoperatorio precoz sin otras complicaciones posteriores. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Bibliografía

1. García Fernández ML, et al. Manual de Práctica Clínica en Atención Primaria Astra Zeneca Ediciones Doyma SL, 2000.
2. Ferrari MD. Migraine. The Lancet. 1998;351:1043-51.

3. Castillo J, Muñoz P, Guijera V, Pascual J. Epidemiology of chronic daily headache in the general population. Headache. 1999;39:190-6.

Palabras clave: Cefalea. Astrocytoma.