



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4394 - DOCTORA, VENGO CON DOLOR DE CABEZA. Y CON BANDERAS ROJAS

M. Guerrero Muñoz^a, A. Fernández Gómez^b y M. Forés Chacor^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Santa Eulalia Sud. Barcelona. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Amadeu Torner. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ^cMédico Adjunta. Tutora de Residentes. Centro de Atención Primaria Amadeu Torner. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 67 años, sin AMC, no hábitos tóxicos ni FRCV. Con antecedente de SAOS con CPAP, hernia de hiato y depresión en tratamiento. Valorado en urgencias en dos ocasiones en los últimos tres días por presentar cuadro de cefalea moderada, inicia tratamiento sintomático. A nuestra valoración el paciente refiere cuadro de tres días de evolución de cefalea frontotemporal derecha opresiva, continuo que empeora en las últimas 6 horas, no irradiada, asocia mareo e inestabilidad cefálica, aumenta con Valsalva, no interrumpe el descanso nocturno. Asocia náuseas sin vómitos, con dismorfias visuales transitorias, afebril, no alteración de fuerza ni sensibilidad, ni otra sintomatología acompañante. Familiar refiere encontrarlo desorientado en varias ocasiones en los últimos tres días. Iniciamos tratamiento sintomático, ante la presencia de signos de alarma derivamos a urgencias para realización de TAC craneal y completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física es anodina, no presenta signos de focalidad neurológica. Analítica sin alteraciones significativas. TAC craneal con múltiples lesiones parietotemporoooccipitales derechas (la de mayor tamaño 20 mm aproximadamente) nodular e hipodensas con captación periférica en anillo, sugestivas de proceso neoproliferativo.

Orientación diagnóstica: LOE sugestiva de tumoración glial de alto grado.

Diagnóstico diferencial: Hemorragia subaracnoidea, ictus, tumor cerebral, migraña, meningitis.

Comentario final: El paciente es valorado por NCR, inicia tratamiento con DXM descendente y solicita RNM preferente, con lesión focal temporal posterior derecha de 52 mm, compatible con glioma de alto grado. Posteriormente ingresa para realización de craneotomía y resección de lesión. AP compatible con glioblastoma. Ante toda cefalea es importante realizar una correcta anamnesis, identificar signos de alarma, valorar criterios de derivación a urgencias y completar estudio con pruebas complementarias.

Bibliografía

- Jiménez P. Cefalea aguda. Mecanismos etiopatogénicos. Actitud diagnóstica y terapéutica en urgencias. Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2007:5610-7.
- Guía diagnóstica y terapéutica de la Sociedad Española de Neurología 2015.
- Sociedad Española de Neurología. Guía oficial de práctica clínica en cefalea 2015.

Palabras clave: Cefalea y signos de alarma. Tumor cerebral.