

424/4129 - NO ME DEJA VIVIR ESTE DOLOR DE CABEZA

E. Rueda Alonso¹, M. Domínguez Suárez², C. Manzanares Arnáiz³ y C. Toca Incera⁴

¹Médico de Familia. Centro de Salud Alisal. Santander. Cantabria. ²Médico de Familia. Centro de Salud Pinto. Madrid. ³Médico de Familia. Centro de Salud Valle de Valdebezana. Burgos. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 68 años. Cefalea tensional diagnosticada hace 8 años. No HTA. Visión borrosa bilateral de 3 meses evolución y posterior inicio de cefalea opresiva orbicular y/u holocraneal izquierda, casi diaria, sin náuseas ni vómitos. Se deriva a Neurología por las características de la cefalea con exploración neurológica dentro normalidad. Neurología sospecha migraña con aura visual, iniciando tratamiento con triptanes en las crisis y preventivo con propanolol, mejorando la clínica en los primeros 12 meses.

Seguimiento en Neurología por imagen de sospecha quiste neuroglial. Acude de nuevo a consulta Atención Primaria por pérdida de memoria progresiva en los dos últimos meses, objetivada por la familia. Se contacta con Neurología para adelantar cita de revisión. En nueva RMN cerebral aumento del tamaño del quiste frontal y se decide cirugía. La paciente mejora la pérdida de memoria y cede la cefalea tras la cirugía.

Exploración y pruebas complementarias: TA 120/70 mmHg. No focalidad neurológica. Romberg negativo. Nistagmus negativo. RMN cerebral: lesión polilobulada intraparenquimatoso sustancia blanca fronto-opecular izquierda, sin asociar edema circundante, con moderado efecto expansivo global y colapso parcial del ventrículo lateral izquierdo. Impresión diagnóstica: quiste neuroglial de gran tamaño (4,5 cm). Anatomía patológica: quiste endodérmico.

Orientación diagnóstica: Cefalea secundaria. Quiste intracraneal no neoplásico (quiste endodérmico).

Diagnóstico diferencial: Migraña con aura visual. Neoplasia cerebral. Quistes intracraneales no neoplásicos.

Comentario final: La cefalea es uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria. Para una correcta derivación, es importante realizar una anamnesis y exploración física detalladas, valorando signos de alarma. La exploración neurológica normal no descarta patología orgánica, y el diagnóstico de certeza se realiza con neuroimagen. Los quistes endodérmicos son lesiones benignas poco frecuentes, con clínica por su efecto expansivo; y dependiendo de su tamaño, se puede considerar seguimiento del proceso (menos de 5 cm), y ante empeoramiento clínico sospechar su crecimiento, y decidir cirugía.

Bibliografía

1. Garbizu JM, Mateo-Sierra O, Iza B, et al. Quiste endodérmico supratentorial: caso clínico y revisión de la literatura. Neurocirugía. 2009;20:367-71.
2. Calero Muñoz S, Castillo Obeso J, Martínez Eizaguirre JM, García Fernández ML, Moreno Álvarez P, Tranche Iparraguirre S. Cefaleas en Atención primaria. FMC (Formación Médica Continuada en Atención Primaria). 2008;15 (Protocolo 3):1-32.

Palabras clave: Cefalea secundaria. Quiste endodérmico intracraneal. Migraña con aura.