



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/3360 - CEFALEA

E. Escalona Canal¹, D. Santana Castillo², A. Mateo Acuña² e I. Alcalde Díez³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Cantabria. ²Médico de Familia. Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Castro Urdiales. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 49 años, acudió a la consulta refiriendo que desde hacía 4 días presentaba cefalea hemicraneal derecha de curso progresivo, con empeoramiento de intensidad en las últimas 24 horas hasta inclusive interrumpir el sueño a pesar de toma de antiinflamatorio habitual. Durante nuestra valoración en la consulta, se evidenciaron dos episodios de vómitos explosivos. Realizado el examen físico general y ante la sospecha diagnóstica se realizó traslado hospitalario para completar estudio. Negaba antecedentes personales de interés. Tratamiento habitual: lorazepam 1 mg. No alergias medicamentosas conocidas.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura: 36 °C; TA: 131/82 mmHg; FC: 75 lpm; FR: 12 rpm; SatO₂: 99%. Escala de dolor: 6/10. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: ruidos audibles. Blando, depresible y sin signos de irritación peritoneal. Examen neurológico: escala de Glasgow: 15. Facial central izquierdo. No focalidad de vías largas. Resto de exploración anodina. Analítica: PCR: 0,7 mg/dL. Hemograma: leucocitos 13.000/?l, neutrófilos 10.000/?l, eosinófilos 200/?l. Resto de fórmula y hematimetría, bioquímica y coagulación: sin alteraciones. TAC craneal: LOE intra-axial frontal derecha con captación en anillo de contraste. Contornos lobulados con unas medidas aproximadas de 43 × 32 mm y edema vasogénico periférico. Herniación subfalcial hacia la izquierda de 3 mm.

Orientación diagnóstica: Cefalea secundaria: glioblastoma.

Diagnóstico diferencial: Meningitis aguda. Hemorragia subaracnoidea. Migraña con aura.

Comentario final: La cefalea es un síntoma muy frecuente en nuestra práctica clínica, por lo debemos realizar una completa anamnesis y examen físico orientados a encontrar a aquellos sujetos que presentan datos de alarma y/o factores de riesgo, con el objetivo de remitirlos para estudio complementario de acuerdo a nuestra sospecha diagnóstica. Nuestra paciente fue ingresada por neurocirugía para la realización de pruebas de imagen adicionales, descartando neoformaciones en otros sistemas. Permaneciendo sin cambios clínicos, se decide el alta hospitalaria y se programa para posterior intervención quirúrgica con confirmación histopatológica posterior compatible con glioblastoma.

Bibliografía

1. Douglas AC, Wippold FJ 2nd, Broderick DF, et al. ACR Appropriateness Criteria Headache. J Am Coll Radiol. 2014;11:657.

2. Hainer BL, Matheson EM. Approach to acute headache in adults. Am Fam Physician. 2013;87(10):682.

Palabras clave: Cefalea aguda. Glioblastoma.