



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

## 482/1648 - ALARMA: CEFALEA

C. López Illán

Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcázar de San Juan. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 66 años que consulta en nuestro centro de salud por cefalea de inicio hace 7 días de forma gradual pero continua, de tipo frontal opresivo, con variaciones en la intensidad asociando malestar y sensación nauseosa. Le llega a despertar por la noche y aumenta con Valsalva y los cambios de postura. No antecedentes previos de cefalea. Ha tomado en su domicilio paracetamol con escasa respuesta. Sin antecedentes personales de interés. No tratamiento habitual.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración presenta tensión arterial 180/76, frecuencia cardíaca 42 lpm. Exploración neurológica: alerta, orientado, no afasias, no actitud negligente, movimientos oculomotores sin limitaciones, no diplopía ni nistagmo, no déficit campimétricos por confrontación. No asimetrías faciales, resto de pares craneales sin alteraciones. Motor y sensitivo sin alteraciones. No dismetrías ni disdiacocinesias. Marcha sin alteraciones. Analítica sanguínea: T4L 0,6, TSH 0,45, FSH 1,5, LH 1,3, prolactina 13,5, testosterona 0,64, cortisol basal 1,44. TAC craneal: voluminosa tumoración en silla turca sugerente de macroadenoma hipofisario como primera posibilidad. RMN hipofisaria: macroadenoma hipofisario sólido y con microquistes. Expande la silla turca y tiene extensión supraselar con compresión del quiasma óptico. Engloba por completo de forma bilateral a ambas carótidas internas sin condicionar estenosis.

**Orientación diagnóstica:** Paciente de 66 años que comienza con cefalea con datos de alarma (sin cefaleas previas, le despierta por la noche, aumenta con Valsava y que no cede con analgesia habitual) por lo que es derivado al servicio de Urgencias. En el TAC se objetiva un macroadenoma hipofisario por lo que queda ingresado para estudio. En el estudio presenta hipotiroidismo central, insuficiencia suprarrenal e hipogonadismo hipogonadotropo. Finalmente se interviene quirúrgicamente sin incidencias quedando con tratamiento con Eutirox e hidroaltesona.

**Diagnóstico diferencial:** Migraña. Cefalea tensional. Arteritis de células gigantes. Cefalea secundaria.

**Comentario final:** El papel de los médicos de Atención Primaria es fundamental en el abordaje inicial de las enfermedades siendo la puerta de entrada para la atención hospitalaria. En este caso destaca la importancia de una correcta anamnesis siendo muy importante conocer los signos de alarma de las cefaleas.

### Bibliografía

1. Nawar RN, AbdelMannan D, Selman WR, Arafah BM. Pituitary tumor apoplexy: a review. J Intensive Care Med. 2008;23(2):75-90.

**Palabras clave:** Cefalea. Macroadenoma.