

## 333/28 - CEFALEA Y SIGNOS DE ALARMA

J. Delgado Redondo<sup>1</sup>, E. de Dios Rodríguez<sup>2</sup>, P. Martínez Pérez<sup>3</sup>, B. Montañez<sup>1</sup>, L. Quijada Gutierrez<sup>4</sup>, J. Berrocoso Sánchez<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca. <sup>2</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca. <sup>3</sup>Centro de Salud la Alamedilla. Salamanca.

<sup>4</sup>Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias de Atención Primaria San Juan. Salamanca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 56 años sin antecedentes de interés. Acude a la consulta de Atención Primaria para revisión tras ser valorado en Urgencias dos días antes por síntope situacional asociado a la micción. El paciente refiere cefalea frontal de características opresivas sin fotofobia ni sonofobia acompañada de náuseas y sin signos de alarma. La exploración es normal por lo que se pauta tratamiento con Naproxeno y observación. Pasados siete días vuelve a la consulta asintomática pero refleja haber presentado otro episodio de cefalea con las mismas características días atrás. Diez días después recibimos llamada de la mujer refiriendo que encuentra a su marido raro “como muy lento” por lo que acudimos a su domicilio. Refiere que en los últimos días la cefalea le interrumpe el descanso nocturno, no mejora con analgesia, se acompaña de vómitos, fotofobia y sonofobia. No refiere fiebre ni otra sintomatología. Niega el consumo de tóxicos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Las constantes son normales, la auscultación cardiopulmonar no presenta alteraciones. Exploración abdominal dentro de la normalidad. En la exploración neurológica se objetivan pupilas isocóricas y normorreactivas, pares craneales, fuerza tono y sensibilidad sin alteraciones, no presenta signos meníngeos, Romberg negativo, no dismetrías ni disdiadococinesia, los reflejos no son patológicos pero presenta bradipsiquia, bradilalia y desorientación en tiempo y espacio. Tras la exploración se decide derivar a urgencias, allí realizan control analítico sin alteraciones y TAC craneal objetivándose tumoración frontal izquierda de 7.8 x 6.4 x 5.6 cm compatible con glioblastoma multiforme. Tras estos hallazgos el paciente ingresa en neurocirugía para estudio, intervención quirúrgica y tratamiento.

**Juicio clínico:** Glioblastoma multiforme.

**Diagnóstico diferencial:** Cefaleas primarias, accidente cerebrovascular, tumores cerebrales, intoxicaciones.

**Comentario final:** La mayoría de cefaleas vistas en Atención Primaria corresponden a cefaleas primarias; la herramienta para llegar al diagnóstico es realizar una detallada historia y exploración física. Así se deberá sospechar patología subyacente en todos aquellos casos en los que los pacientes presenten signos o síntomas de alarma.

### Bibliografía

Fernández R, Tranche S. ¿Cuándo tengo que pedir pruebas complementarias en una cefalea? AMF 2012;8(6):1588.

**Palabras clave:** Cefalea. Glioblastoma. Atención Primaria.