



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-192 - MIGRAÑA CAMBIANTE

M. Gorospe Molina^a, V.R. Quinto Lechado^b, M. Cinquegrana^c, M. Segovia Jiménez^a y R.C. Fuentes Mendoza^a

^aCS Benquerencia. ^bCS Bargas. ^cCS Santa Bárbara.

Resumen

Descripción del caso: Motivo de consulta: mujer de 46 años que presenta cefalea crónica diaria de más de 3 meses de duración, distinta a su migraña habitual de localización (peri ocular o en sienes, tipo pinchazo), No sonofobia, fotofobia ni náuseas ni vómitos, que le despierta por la noche, con mala respuesta al tratamiento acostumbrado y acompañada de alteraciones conductuales (indiferencia, abulia, incoherencia y alucinaciones visuales. Antecedentes personales: NRAMC, no FRCV. Migraña izquierda desde niña con buena respuesta a tratamiento de triptanes (almogran) y AINEs (ibuprofeno).

Exploración y pruebas complementarias: Ta 118/82, Tª 36 °C. FC 70 lpm. Estado general: eupneica, leve palidez, resto normal. Cabeza y cuello sin hallazgos de interés. Tórax: AC rítmica y AP con MVC. Exploración neurológica y f. ojo: PICNR sin nistagmos, sin edema de papila, y PIO normal. C y O en tres esferas, pares craneales normales, fuerza, sensibilidad y reflejos normales, sin disimetría izquierda. No meningismo, Romberg negativo. Abdomen: normal. Extremidades: sin alteraciones. Rx tórax: normal. Analítica: hemograma, bQ básica y coagulación normal. Se deriva a urgencias donde aparece alteraciones en exploración neurológica sustanciales respecto a previas normales: Aumento de la base de sustentación y disimetría izquierda. TAC cerebral masa intraaxial 44 mm con realce de anillo e importante edema vasogénico adyacente temporal derecha que desplaza la línea media 16 mm y comprime parcialmente el ventrículo derecho. RNM: Hallazgos sugerentes de glioblastoma o gliosarcoma temporal derecho sin poder descartar la metástasis cerebral única por falta de espectrografía. Anatomía patológica: proliferación glial con atipias, necrosis en empalizada, mitosis y proliferación endotelial, compatible con glioblastoma alto grado temporal derecha.

Juicio clínico: Glioblastoma alto grado (grado IV clasificación de la OMS) temporal derecha.

Diagnóstico diferencial: Cefalea de intensidad progresiva que no mejora. Cefalea asociada a signos de disfunción neurológica y falta de respuesta a tratamientos habituales. Meningitis/encefalitis de cualquier etiología. Tumores primarios o metastásicos. Abscesos primarios, gomas, granulomas o quistes. Cefalea por afecciones oculares y otorrinolaringológicas. Cefalalgias cervicales.

Evolución: Qx, mediante craneotomía temporal derecha con extirpación completa, buena evolución posquirúrgica objetivada por clínica asintomática y RNM de control.

Comentario final: El glioblastoma es el más frecuente y maligno de los tumores gliares, siendo el 15% de las neoplasias craneales y el 60% de los astrocíticos. Incidencia 2,5 casos cada 100.000 hab/año, en este caso no se sabe si es primario o secundario por progresión de astrocitoma de bajo grado, pues la enferma está en la

barrera etaria que establece la OMS para la distinción de primario (mayores de 50 años) o secundario (menores de 45 años). La localización temporal es la más frecuente 31%. la supervivencia escasa tras 2 años del diagnóstico incluso con RT fraccionada y QT con temozolamida. Estar alerta ante signos de alarma de cefalea, incluso en pacientes migrañosos pues un diagnóstico precoz de una patología tumoral subyacente, es la mejor/único arma para mejorar la supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Zurro A, Cano JF. Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica Clínica, 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.
2. Guía Terapéutica en Atención Primaria. Editado: SemFyC, 2007.