

Cefalea con signos de alarma, a propósito de un caso



Migraines with alarm signs: Presentation of a case

Presentamos el caso de un paciente de 39 años que consultó a su médico de familia por cuadro de cefalea bitemporal, opresiva, de 3-4 días de evolución, acompañado de sensación de inestabilidad sin rotación de objetos.

Como antecedentes patológicos se trataba de un paciente fumador de un paq/año, hipercolesterolemia en tratamiento con dieta, sin antecedentes familiares relevantes. De oficio mecánico, refiere problemas económicos y laborales importantes.

En la exploración física no se evidenció focalidad neurológica; la tensión arterial estaba dentro de la normalidad, y la exploración cardiovascular fue normal. Se pautó analgesia con ibuprofeno 600 mg cada 8 h, y se dio información relativa a aquellos signos de alarma cuya presencia haría necesaria la atención urgente.

El paciente reconsultó a la semana, refiriendo persistencia de la clínica, con aumento de la sensación de inestabilidad, acompañado de 2 episodios de vómito alimenticio en escopetazo. Niega despertar nocturno por la cefalea. La exploración física mostró un paciente orientado en espacio, tiempo y persona, con un *Glasgow Coma Score* de 15/15. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales conservados. Sin déficit motor ni sensitivo de vías largas aparente. Reflejos osteotendinosos presentes y simétricos. Reflejo cutáneo-plantar flexor bilateral. Sin dismetrías. Marcha estable. Campimetría por

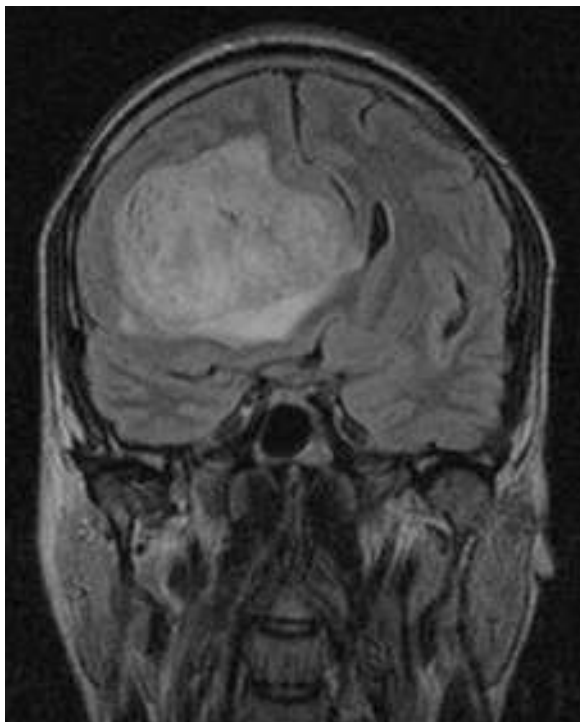


Figura 1 Proceso neoplasia frontal, con efecto masa y desplazamiento de la línea media. Corte coronal.

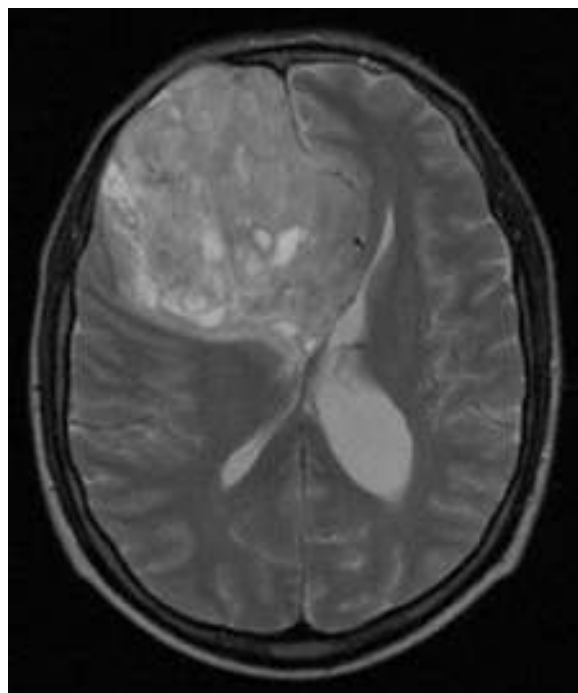


Figura 2 Proceso neoplasia frontal, con desplazamiento de la línea media y calcificaciones en su interior. Corte axial.

confrontación sin alteraciones. No había alteración del lenguaje.

Dada la clínica se sospechó un aumento de la presión intracraneal, por lo que fue derivado a Urgencias hospitalarias, donde se realizó resonancia magnética nuclear craneal (figs. 1 y 2) que mostró una lesión intraparenquimatosa frontal derecha, con extensión contralateral a través del rodete del cuerpo calloso y por detrás de la hoz del cerebro, corticosubcortical, heterogénea, con calcificaciones y áreas hipodensas quísticas/necróticas, muy vascularizada, con unas medidas aproximadas de 73,3 tv × 59,5 cc × 71,7 ap mm, compatible con proceso neoplasia.

El paciente fue ingresado en el Servicio de Neurocirugía, donde se procedió a realizar intervención quirúrgica con lobectomía frontal anterior derecha y exéresis del tumor, que tenía extensas áreas necróticas, identificación de vasos trombosados y calcificaciones intratumorales. El tumor era duro, fibroso y sangrante. La anatomía patológica mostró glioblastoma multiforme grado IV. Se derivó al paciente al Servicio de Oncología para completar el tratamiento.

La cefalea es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria, por lo que es muy importante que el médico conozca los signos de alarma y los criterios de derivación urgentes para diagnosticar de forma precoz afecciones potencialmente graves.

La causa principal de cefalea es la tensional (78% de los casos), seguida de la migraña (16%). La causa tumoral es inferior al 0,5%^{1,2}.

Es de suma importancia una buena historia clínica y una exploración física completa³: tensión arterial, frecuencia cardíaca, auscultación cardíaca, soplos carotídeos, articulación temporomandibular, pulsos temporales, senos paranasales. La exploración neurológica es de gran

importancia y debe incluir: nivel de conciencia, signos meníngeos, pares craneales (sobre todo III, IV y VI), campimetría por confrontación, fondo de ojo, valoración de fuerza y sensibilidad y reflejos osteotendinosos.

Los signos de alarma para una cefalea son⁴:

- Cefalea intensa, de comienzo agudo, insólita.
- Cefaleas de frecuencia o intensidad crecientes.
- Cefalea siempre del mismo lado, excepto: cefalea en racimos, hemicránea paroxística, neuralgia del trigémino, hemicránea continua.
- Con manifestaciones acompañantes: alteración psíquica, crisis comiciales, focalidad neurológica, papiledema, fiebre, signos meníngeos, náuseas, vómitos que no se puedan explicar por enfermedad sistémica (excepto migraña).
- Precipitada por esfuerzo, tos o cambio postural.
- Cefalea en edades extremas.
- Características atípicas o sin respuesta al tratamiento correcto.
- Presentación predominantemente nocturna, salvo cefalea en racimos.
- Cefalea en pacientes oncológicos o inmunodeprimidos.

Criterios de derivación desde Atención Primaria a Urgencias²:

- Cefaleas con claros signos de alarma.
- Datos de hipertensión intracraneal (dolor persistente, náuseas, vómitos, aumento con Valsalva o decúbito, síntomas visuales).
- Focalidad neurológica de inicio reciente (sensitiva, motora, lenguaje, visual).

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population-A prevalence study. *J Clin Epidemiol.* 1991;44:1147-57.
2. Scher AI, Stewart WF, Liberman J, Lipton RB. Prevalence of frequent headache in a population sample. *Headache.* 1998;38:497-506.
3. Calero Muñoz S, Castillo Obeso J, Martínez Eizaguirre JM, García Fernández ML, Moreno Álvarez P, Tranche Iparraguirre S. Cefaleas en Atención Primaria. *FMC Form Med Contin Aten Prim.* 2008;15:1-32. Protocolo 3:.
4. Gil JA, González C, Fernández M, Gómez F, Jurado CM, Heras JA, et al. Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Neurología (SAN) y Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía). Criterios de derivación. *Semergen.* 2012;38:241-4.

B. de Pablo Márquez^{a,*}, G. Tresserras Giné^b,
D. Pedrazas López^c y D. García Font^c

^a Servicio de Urgencias, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

^b Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

^c Servicio de Urgencias, Equip d'Atenció Primària Abrera, Abrera, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bernatdepablo@gmail.com
(B. de Pablo Márquez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.04.011>

Trombo flotante libre en carótida interna y riesgo vascular, a propósito de un caso



Free floating thrombus in the internal carotid and vascular risk: Presentation of a case

Mujer de 71 años, hipertensa, diabética tipo 2 y dislipémica de 15 años de evolución en tratamiento con inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina, ramipril, 5 mg/día, betabloqueante, bisoprolol, 2,5 mg/día, calcio antagonista, amlodipino 5 mg/día, insulinas tipo mezclas (Lispro más NPH: neutra, protamina Hagedorn): Mix 25-Mix 50-Mix 25 (50-16-30 UI), respectivamente, metformina/sitagliptina 1.000/50 mg/día, simvastatina/ezetemiba 40 mg/10 mg/día, clopidogrel 75 mg/día y pantoprazol 40 mg/día. Sin evidencia de neoplasias ni otros estados de hipercoagulabilidad. No refiere antecedentes de cardiopatía isquémica ni evento cerebral ni datos de demencia vascular ni

amaurosis. Intolerancia digestiva a ácido acetilsalicílico.

Acude a nuestra consulta por «sensación de mareos inespecíficos» desde varias semanas sin clara clínica de vértigo, sin pérdida de conocimiento ni focalidad neurológica, por lo que se valora la realización de ecografías para búsqueda de arteriosclerosis iniciando la valoración con troncos supraaórticos (TSA).

En la exploración física, la paciente se encuentra consciente, orientada en tiempo y espacio. Presión arterial: 130/80 mmHg, frecuencia cardíaca: 75 lpm. Auscultación cardiopulmonar: ruidos cardíacos regulares, no soplos, murmullo vesicular conservado. Resto de EF, sin alteraciones significativas. En analítica (realizada hace 3 semanas por control de enfermedades crónicas) solo destaca dislipemia aterogénica. Se realiza eletrocardiograma: ritmo sinusal a 80 lpm. No datos de isquemia aguda ni arritmias. Radiografía cervical anteroposterior y lateral, destaca artrosis cervical. Índice tobillo brazo (realizado hace 2 años): 1,3 (sugestivo de calcificación).