



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2158 - Doctora, mi jaqueca, otra vez

L. Araujo Márquez<sup>a</sup>, G.B. Salguero Abrego<sup>b</sup>, M.J. Gamero Samino<sup>c</sup>, F. Mora Monago<sup>a</sup>, J. Novas Moreno<sup>d</sup>, N. Rivera Jiménez<sup>e</sup>, F.L. Pérez Caballero<sup>f</sup> y M.E. Valle Rodas<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. <sup>d</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. <sup>f</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Paz. Badajoz. <sup>g</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Cirugía General. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 63 años, sin antecedentes personales de interés, salvo cefaleas de repetición, que consulta por vómitos de contenido alimentario desde hace seis horas, sin fiebre ni afectación del estado general, con exploración normal que se aborda como transgresión dietética. Varios días después, acude por persistencia de náuseas y cefalea frontal, con irradiación a región occipito-cervical, con sensación de giro de objetos y disminución de agudeza visual por ojo derecho, ojo izquierdo es ambliope. Refiere cuadros similares durante años.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente vigil, orientada, colaboradora. Normohidratada. Normoperfundida. En la exploración neurológica no hay focalidad neurológica, los signos meníngeos son negativos y se observa un Romberg dudoso positivo y nistagmus horizontal derecho agotable. Agudeza visual OD06-08. Sobrecarga muscular cervical y trapecios. El cuadro se reproduce con el cambio postural. La AC, AP y abdomen son normales. El EKG es normal. Se diagnostica y se trata como vértigo periférico y ante la no mejoría del cuadro se deriva al hospital para TAC urgente, donde se objetiva una masa en silla turca, que no realza con CV de 24 mm de diámetro. Posteriormente se realiza una RM de hipófisis donde se detecta una tumoración de bordes irregulares, prolongación craneal, contactando con el nervio óptico izquierdo, sugiriendo macroadenoma hipofisario. En la campimetría se observa abolición de la sensibilidad en ambos ojos. La tomografía de coherencia óptica retiniana es normal en OD. Durante el ingreso, la analítica revela un panhipopituitarismo con ACTH, Cortisol, LH, FSH, prolactina, somatomedina, ADH y TSH disminuidos.

**Juicio clínico:** Macroadenoma hipofisario no secretor. Panhipopituitarismo por masa sellar. Posible diabetes Insípida. La paciente fue tratada con hidrocortisona 20 mg/12h, eutirox 75/24 y Minurin flas 120/24h, reduciéndose el tamaño de la lesión.

**Diagnóstico diferencial:** Procesos expansivos intracraneales. Infecciones intracraneales. HIC. Migraña acompañada. Cefalea tensional. Vértigo periférico. Trombosis de los senos venosos.

Hemorragia subaracnoidea.

**Comentario final:** La cefalea es el primer motivo de consulta neurológica en Atención Primaria, así como la enfermedad neurológica más frecuente en las consultas de Neurología. Ésta es muy común en la población, pudiendo afectar hasta el 90% de la misma en algún momento de su vida. Para un diagnóstico preciso, destacamos la importancia de una correcta anamnesis y de los signos de alarma, tales como cefalea de inicio tardío (> 40a), de inicio súbito, cefalea que no permite el descanso nocturno, con focalidad neurológica, síntomas acompañantes (náuseas, vómitos...), entre otros. Lo mencionado, junto con una buena exploración física en general y neurológica en particular, determina la necesidad de pruebas complementarias que nos guíen hacia un diagnóstico definitivo. Es importante destacar la necesidad de no catalogar la cefalea como el cuadro que habitualmente presenta el paciente y descartar una causa secundaria cuando la anamnesis y la exploración así lo indiquen, considerando un abordaje distinto.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Aguilar Rodríguez F, et al Hospital Universitario 12 de octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Madrid: MSD; 2014.
2. SEMG. Manual de Medicina General y de Familia. Editorial Farmalia Comunicación, S.L.; 2009.