



160/1709 - Cefalea hemicraneal, mareo y somnolencia

A. Lax Hernández^a, M. Martínez López^b, S.J. Conde Caveró^b, E. Rodríguez Fernández^b y M.J. Escudero Fernández^b

^aMédico Residente de 2º año. Centro de Salud Mario Sprechero. Archena. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Mario Sprechero. Archena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 37 años que acude a urgencias por mareo descrito como inestabilidad y somnolencia, síntomas que aparecieron mientras trabajaba hace 8 horas. Asocia náuseas sin vómitos y aumento brusco de su cefalea hemicraneal izquierda, pulsátil, que viene padeciendo desde hace diez meses. No fiebre ni otra sintomatología asociada. Antecedentes: hiperuricemia sin crisis de gota, fumadora de 20 cigarrillos diarios, intervenida de amigdalectomía. Padre: IAM de joven; padre y tío: tumor gástrico.

Exploración y pruebas complementarias: TA 166/108 mmHg. Tª 36 °C. FC: 79 lpm. Glucemia 135. SatO2 96% basal. Exploración física: consciente y orientado, normocoloreado, normohidratado, auscultación cardiopulmonar normal, abdomen blando, depresible, no doloroso, no se palpan masas ni megalias. Exploración neurológica: Sin focalidad. Campimetría por confrontación normal. Pupilas isocóricas normorreactivas, motilidad ocular normal en todos los planos, no asimetrías faciales, resto de pares craneales conservados simétricos, fuerza y sensibilidad normales y simétricas en miembros superiores e inferiores. Marcha y exploración cerebelosa normal. ROT preservados simétricos. RCP flexor bilateral. Pulsos temporal superficial simétricos. Fondo de ojo normal sin papiledema. Analítica: gasometría venosa normal, bioquímica con troponinas normales, resto de bioquímica de urgencias normal. Hemograma con leucocitos 17.100 (N86%, L11%), Hb 15,3, plaquetas 190.000. Radiografía simple de tórax normal. Ante la presentación aguda con somnolencia y mareo, se solicita TC craneal de urgencias: lesión ocupante de espacio frontal izquierda de aproximadamente 64 × 57 mm, ovalada, de límites mal definidos, heterogénea, con efecto masa sobre surco adyacente y herniación subfalcina de 0,9 cm derecha. Se sugiere tumor primario de bajo grado con edema vasogénico asociado como primera posibilidad. Tras RMN cerebral y estudio por Neurocirugía se diagnostica de glioma frontal izquierdo; se resecciona con anatomía patológica: astrocitoma grado 3-4.

Juicio clínico: Cefalea atribuible a neoplasia intracraneal.

Diagnóstico diferencial: Cefalea aguda de reciente comienzo: cefalea primaria, infección intracraneal, accidente cerebrovascular, arteritis de la temporal, enfermedad intracraneal no vascular como hipotensión intracraneal o tumor intracraneal, enfermedad tóxico-metabólica, hipercapnia, hipertensión arterial, traumatismo, glaucoma agudo, alteraciones cervicales.

Comentario final: Una cefalea en urgencias exige una completa anamnesis y exploración física. Es

típico que la cefalea asociada a neoplasia cerebral sea progresiva, empeore por la mañana o tras la siesta y ante maniobras de Valsava o esfuerzo físico. Puede asociar o no focalidad neurológica. En la literatura se describe una serie de síntomas de alarma ante una cefalea que todo médico de urgencias debe conocer. Cualquiera de ellos sería un criterio suficiente para solicitar un TC craneal urgente. Dichos síntomas son: inicio súbito, empeoramiento reciente de una cefalea crónica, localización unilateral estricta (descartadas cefaleas primarias unilaterales), asociada a alteración conductual, crisis epiléptica, focalidad neurológica, papiledema, fiebre, náuseas y vómitos o presencia de signos meníngeos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2006. Grupo de estudio de cefaleas. Sociedad Española de Neurología. Madrid: Ediciones Ergon; 2006.
2. Gil JA, González C, Fernández M, Gómez F, Jurado CM, Heras JA. Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Neurología (SAN) y Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía). Pruebas complementarias en cefaleas. SEMERGEN, 2012.