



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/1671 - MUCHO PEOR QUE UNA CEFALEA

M. Zarza Arribas<sup>a</sup>, M. García Aparicio<sup>b</sup>, M. Márquez Salaverri<sup>c</sup> y Á. Lirón García<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor-El Algar.

Cartagena. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros.

Cartagena. <sup>c</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor-El Algar. Cartagena.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 29 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos. Consulta por cefalea occipital con irradiación hacia frontal de unas semanas de evolución. Refiere un dolor intermitente de intensidad 8/10, pero con sensación nauseosa. Comenta un episodio unas horas antes de mayor intensidad del dolor, acompañado de pérdida de fuerza de brazo izquierdo y sin descartar pérdida de conciencia. Ha mejorado a los 10 minutos, pero persiste con cefalea, borrosidad visual izquierda y alteración del equilibrio. Tras la exploración, se deriva a Urgencias hospitalarias para realizar prueba de imagen y valoración por Neurología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración neurológica sin focalidad, con inestabilidad, pero Romberg dudoso. Resto sin alteración. TC craneal: lesión intraparenquimatosa parietal derecha de 5 cm, hipodensa con calcificación, edema perilesional y efecto expansivo, desviación de línea media de 7 mm. RMN craneal: lesión parieto-temporo-insular derecha, infiltrante de cortical y sustancia blanca, de 10 × 6,4 × 8 cm, con hidrocefalia obstructiva y herniación subfalcina y uncal.

**Orientación diagnóstica:** Tumor cerebral de alto grado.

**Diagnóstico diferencial:** Astrocitoma anaplásico. Glioblastoma multiforme. Malformación arterio-venosa. Absceso cerebral.

**Comentario final:** El tratamiento de estos tumores cerebrales de alto grado es mediante resección quirúrgica, con posterior radioterapia y quimioterapia. La etiología no está claramente definida, siendo más frecuentes a partir de los 40 años. La clínica es inespecífica por cefalea, crisis epiléptica o síntomas de hipertensión intracraneal. Es importante identificar los datos de alarma de una cefalea, pues la identificación temprana de esta patología, contribuye a mejorar el pronóstico. Estos tumores presentan mal pronóstico, con supervivencia estimada menor del 10% a los 2 años.

### Bibliografía

1. Coca Martín JM, Izquierdo Rojo JM. Introducción a la Neurocirugía. Síntesis, 1996; p. 44-56.
2. Grimm SA, Chamberlain MC. Anaplastic astrocytoma. CNS Oncology, Future Medicine Ltd,

2016.

3. Omuro A, DeAngelis LM. Glioblastoma and Other Malignant Gliomas. A Clinical Review. JAMA. 2013;310(17):1842-50.
4. Van den Bent MJ, Smits M, et al. Diffuse Infiltrating Oligodendroglioma and Astrocytoma. Journal of Clinical Oncology. 2017;35(21):2394-402.

**Palabras clave:** Cefalea. Neoplasia encefálica.