

## CAMBIO DE CARACTERÍSTICAS EN UNA CEFALEA

Dra. Elena Lou Calvo / Dra. Irene Marta Estrada Lázaro / Dra. Natalia Sacristán Ferrer / Dra. Laura Morales Blasco

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

### RESUMEN

Las cefaleas son motivo de consulta frecuente en los Servicios de Urgencias y Atención Primaria. La base de un diagnóstico adecuado en una paciente que acude por este motivo es la historia clínica. Una detallada anamnesis y una exploración neurológica y sistémica completa aporta una importante información diagnóstica pero ante la presencia de cualquier dato de alarma y el perfil temporal nos deben indicar cuando hay que sospechar una cefalea secundaria.

Presentamos el caso clínico de una paciente con dos tipos de cefalea a lo largo del curso clínico con características diversas importantes de diferenciar.

### PALABRAS CLAVE

Cefalea, Cefaleas secundarias, Migraña.

### ABSTRACT

Headaches are a frequent reason for consultation in the Emergency Services and in Primary Care. The basis of an adequate diagnosis in a patient who comes for this reason is the clinical history. A detailed history and a complete neurological and systemic examination give us important diagnostic information. The presence of alarm data and the temporal profile should indicate when a secondary headache must be ruled out. This case is presented of a patient with two types of headaches throughout the clinical course with diverse characteristics important to differentiate.

### KEYWORDS

Headache, Secondary headaches, Migraine

### CASO CLÍNICO

Mujer de 42 años, sin alergias medicamentosas y sin factores de riesgo conocidos, no fumadora ni consumidora de alcohol. Antecedentes personales de migraña desde la adolescencia con episodios frecuentes de migraña acompañada de un aura visual consistente en escotomas centelleantes y dolor localizado en hemicránea junto con náuseas y vómitos. Estas crisis eran controladas habitualmente con la toma de AINEs.

La paciente acude al servicio de Urgencias por presentar cefalea holocraneal de 16 horas de evolución y de una mayor intensidad a lo habitual, como

en otras crisis, acompañada de cortejo vegetativo en forma de náuseas. Hay que señalar que esta cefalea empeoraba con el decúbito y con maniobras de Valsalva. La sintomatología no mejoró a pesar del tratamiento con la toma de diferentes tipos de analgésico. Además nos comenta que está en estudio por una adenopatía supraclavicular derecha de 2 semanas de evolución.

A la exploración la paciente presenta constantes estables, tonos cardíacos rítmicos, sin soplos ni extratonos, normoventilación. Abdomen: blando y depresible, no masas ni megalias, no doloroso a la palpación. Se palpa adenopatía supraclavicular derecha de consistencia aumentada. EELL: no edemas

## Notas Clínicas

ni signos de TVP.

Neurológicamente Glasgow 15. No signos de irritación meníngea. No alteraciones de la visión, pupilas isocóricas y normoreactivas. Exploración de pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada de las cuatro extremidades. No disimetrías. Signo de Romberg negativo. Estabilidad y marcha sin objetivar alteraciones.

Ante la historia clínica de la paciente se decide la realización de un TC cerebral en el cual informan de lesiones nodulares intraparenquimatosas de localización cortico-subcortical a nivel supra e infratentorial, con edema perilesional, con realce en anillo tras contraste, sugestivas de metástasis (Fig. 1 y 2).

La paciente ingresa en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital para estudio de lesión cerebral. Tras ampliar estudio con radiografía de tórax se objetiva una masa pulmonar. Imagen 3. El diagnóstico final es de un adenocarcinoma de pulmón estadio IVb con mutación EGFR y se realiza tratamiento y seguimiento con oncología.

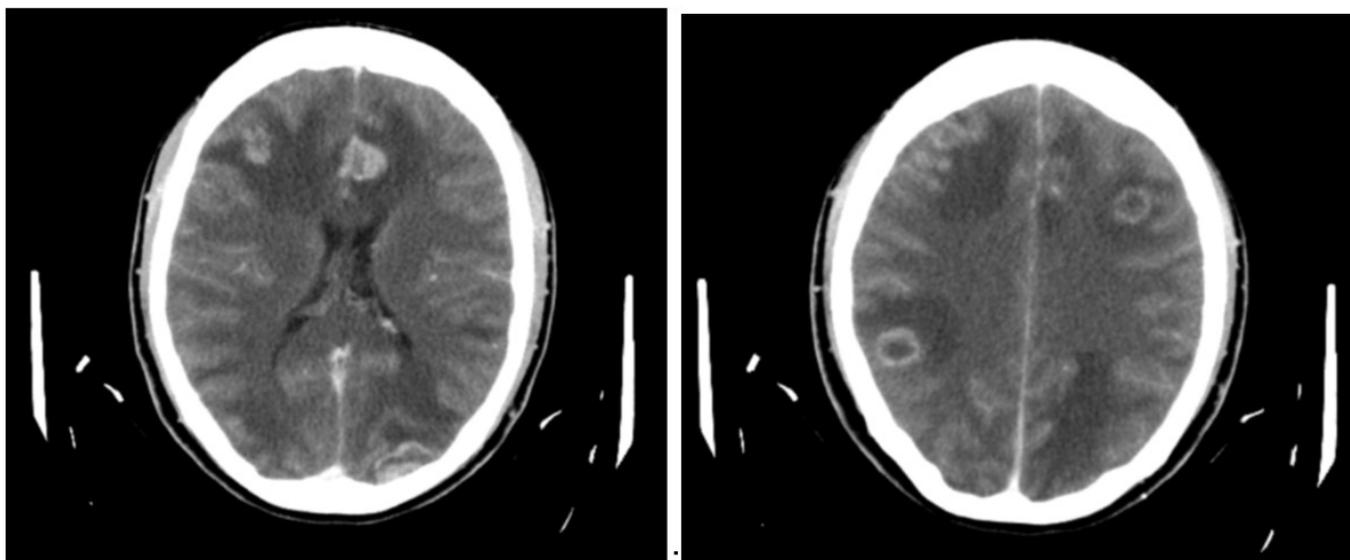


Fig. 1 y 2. TC cerebral con contraste, diferentes cortes, presentan lesiones nodulares captantes de contraste.



Fig. 3. Radiografía de tórax, lesión en LID bien delimitada compatible con neoplasia pulmonar.

# Notas Clínicas

## DISCUSIÓN

Las cefaleas son causa frecuente de consulta médica y aunque la mayoría son primarias es importante sospechar y detectar las cefaleas secundarias a otros procesos que pueden suponer un cambio en el diagnóstico. La presencia de síntomas o signos de alarma o de algún dato atípico obligará a descartar lesiones o enfermedades orgánicas subyacentes. En este caso identificamos en la misma paciente tanto la cefalea primaria como antecedente habitual como el cambio significativo de sus características clínicas junto con la atipia presentando una cefalea con evidentes signos de alarma.

Los criterios de gravedad de una cefalea son: inicio súbito, inicio reciente de características diferentes a sus cefaleas anteriores, carácter

progresivo, que no permita el descanso nocturno, aumento con las maniobras de Valsalva, con el decúbito o con el esfuerzo, que asocien otros signos o síntomas de alarma como fiebre, focalidad neurológica, crisis comicial o deterioro del nivel de conciencia, asociado a datos de hipertensión intracraneal (náuseas, vómitos, papiledema, parálisis del VI par). Cuando se presente al menos una de estas características, se debe completar el estudio con una neuroimagen. En esta paciente, debido a un cambio en las características de los episodios previos, además de presentar signos de alarma y el cuadro actual en el que se encuentra en estudio por una adenopatía supraclavicular, se decide realizar TC cerebral, concluyendo con la lesión secundaria causal de su sintomatología.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gomez Ciberia E., Ayuso Garcia B. Cefaleas y algias craneofaciales. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 8ª edición. Madrid Elsevier. 2016. 1429-1442.
2. Gago-Veiga, A. B., Díaz de Terán, J., González-García, N., González-Oria, C., González Quintanilla, V., Minguez-Olaondo, A., Santos-Lasaosa, S., Víguera Romero, J., & Pozo-Rosich, P. (2020). How and when to refer patients diagnosed with secondary headache and other craniofacial pain in the Emergency Department and Primary Care: Recommendations of the Spanish Society of Neurology's Headache Study Group. *Cómo y cuándo derivar un paciente con cefalea secundaria y otros tipos de dolores craneofaciales desde Urgencias y Atención Primaria: recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología*. *Neurología (Barcelona, Spain)*, 35(5), 323-331.
3. Detsky ME, McDonald DR, Baerlocher MO, Tomlinson GA, McCrory DC, Booth CM. Does this patient with headache have a migraine or need neuroimaging? *JAMA*. 2006;296(10):1274-83.