

# CEFALEA INQUIETANTE

**Cristina Angulo García (1), Sara Álvarez de Prado (2), Beatriz Alonso Serna (1)**

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orcasitas. Madrid

(2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid

**Palabras clave:** Neoplasias Encefálicas, Carcinoma Neuroendocrino, Cefaleas Secundarias

## Anamnesis y exploración

Varón, 46 años, AP de síndrome Lynch, MSH-2, en 07/2021 diagnóstico de carcinoma neuroendocrino de cabeza pancreática estadio IV con metástasis hepáticas y metástasis ósea única en 5ª costilla izquierda; en 2ª línea de tratamiento sistémico PRRT (terapia con radionúclidos para receptores de péptidos)-Nivolumab con respuesta parcial mantenida, que acude al Servicio de Urgencias por:

### Cefalea

- Occipital opresiva de alta intensidad
- 2 meses de evolución con empeoramiento en la última semana
- Interfiere con el sueño y no disminuye a pesar de analgesia (oxicodona/naloxona)

### Alteración en la marcha

- Inestabilidad de la marcha en la última semana
- Sin sensación de giro de objetos

### Vómitos

- 3 vómitos en ese mismo día
- De contenido alimentario sin productos patológicos

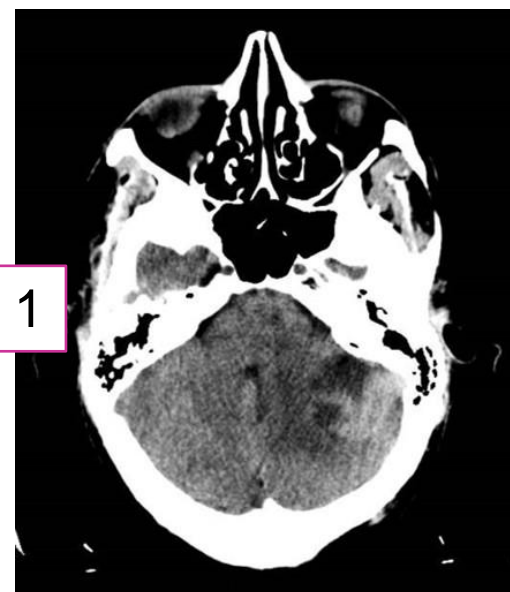
No otra focalidad neurológica (no alteraciones visuales, no pérdida nivel de consciencia, no crisis comicial). No fiebre termometrada.

Exploración física cardiopulmonar, abdominal y neurológica sin alteraciones reseñables

## Pruebas complementarias

- Analítica sanguínea sin elevación de RFA, hemograma con anemia con Hb 11,6 g/dL (similar a previa).
- TAC craneal (Imagen 1): lesión hemisférica cerebelosa izquierda de 4 cm con áreas de degeneración quística con edema vasogénico, efecto masa sobre el 4º ventrículo y compromiso cisternal con signos de herniación transtentorial ascendente, que sugiere metástasis como primera posibilidad.

Imagen 1



## Diagnóstico, tratamiento y evolución

Tras el diagnóstico de **lesión ocupante de espacio sugestiva de metástasis cerebral como primera posibilidad**, se inicia corticoterapia, se interconsulta a Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Neurocirugía decidiéndose conjuntamente ingreso hospitalario para control sintomático, completar estudio locorregional con RM craneal (Imagen 2), reestadificación y toma de decisión terapéutica en comité multidisciplinar, optando finalmente por resección quirúrgica al tratarse de una única lesión voluminosa sintomática; con evolución clínica satisfactoria.

Imagen 2



## Conclusiones

- En la anamnesis es clave centrarnos en síntomas de alarma (interfiere en descanso nocturno, focalidad neurológica, datos de HTIC, antecedente de neoplasia...)
- En caso de lesión cerebral sugerente de metástasis única, puede optarse por tratamiento quirúrgico inicial.