

Signos de alarma en la cefalea

¹Andreu Arasa C, ²Parra Gordo ML, ²Palacios Moya P, ²Viguer Benavent R, ²Assing Hernández OM, ²Arango Arroyave JJ

¹Servicio de Radiología. Hospital Moncloa. Madrid

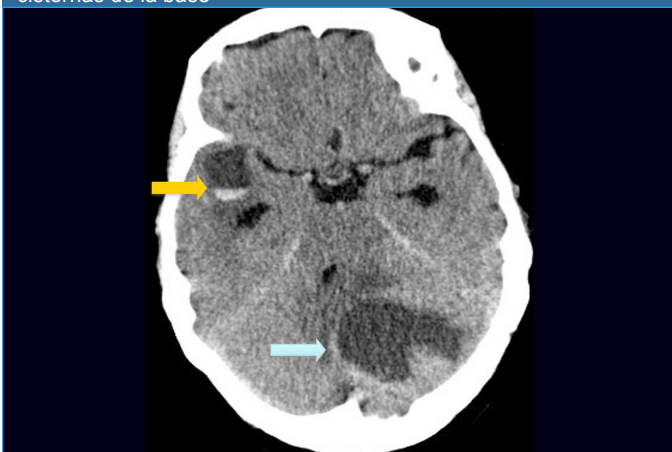
²Unidad de Imagen Médica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Mujer de 60 años de edad, con antecedentes personales de tabaquismo y fumadora de un paquete de cigarrillos al día; hipertensión arterial esencial en tratamiento con amlodipino (5 mg/día); hipercolesterolemia en tratamiento con atorvastatina (40 mg/día).

Acude a su médico de atención primaria por un cuadro de sensación de inestabilidad sin giro de objetos, náuseas y vómitos de dos días de evolución. Se realiza radiografía cervical en la que se encuentran discretos cambios degenerativos y se pauta tratamiento sintomático.

Como no existe mejoría dos días después, acude de nuevo a la consulta de. Persiste el mareo, la inestabilidad de la marcha y ha aparecido cefalea frontal y pulsátil, de características diferentes a lo habitual según la paciente, con somnolencia.

Figura 1. TC cerebral sin contraste intravenoso. Lesión temporal derecha con sangrado (flecha amarilla); lesión cerebelosa izquierda con polo sólido hipercaptante y efecto de masa sobre el cuarto ventrículo y las cisternas de la base



En la exploración física la paciente está consciente y orientada en las tres esferas. Impresiona de bradipsiquia y lentitud de movimientos; TA 152/76 mmHg, FC 75 lpm. La auscultación cardíaca y pulmonar es normal.

En la exploración neurológica la paciente está

consciente y con lenguaje coherente; leve disartria; inestabilidad de la marcha con tendencia a la lateralización a la izquierda; Romberg positivo con leve disimetría izquierda.

Figura 2. TC cerebral con contraste intravenoso. Realce periférico de las lesiones temporales derechas; la lesión cerebelosa izquierda presenta un polo sólido hipercaptante y realce periférico



A la vista de la cefalea con focalidad neurológica, se deriva a la paciente a Urgencias hospitalarias, donde se solicita una TC cerebral, basal y tras la administración de contraste intravenoso (CIV).

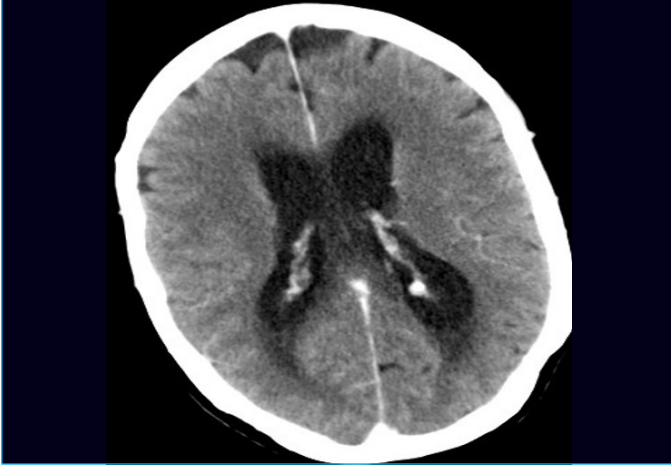
En el hemisferio cerebeloso izquierdo se observa una lesión hipodensa de 48 x 38 mm, con una zona pseudonodular periférica en su margen posterior (figura 1, flecha azul) que se realza intensa y homogéneamente tras la administración de CIV (figura 2, flecha azul). Produce efecto de masa con colapso parcial del IV ventrículo y signos de herniación transtentorial ascendente.

En el polo anterior del lóbulo temporal derecho se observa una imagen nodular hipodensa de 20 x 25 mm, con nivel hiperdenso, en relación con sangrado (figura 1, flecha amarilla), que se realza en la periferia tras la administración de CIV (figura 3, flecha amarilla). Los hallazgos descritos son compatibles con metástasis supra e infratentorial.

Se completó el estudio con radiografía de tórax

pósterio-anterior (PA), que muestra un nódulo en el lóbulo superior izquierdo (LSI), sospechoso de neoplasia pulmonar primaria (figura 4).

Figura 3. TC craneal con contraste intravenoso. Dilatación secundaria de los ventrículos laterales e hipodensidad de la sustancia blanca periventricular, que corresponde a edema transependimario



Se ingresa a la paciente y se programa para resección de metástasis cerebral dos días después, con diagnóstico histológico de carcinoma poco diferenciado de posible origen pulmonar. Se completó el estudio con TC tóraco-abdominal que confirmó el hallazgo del nódulo de 2 cm en el segmento posterior del LSI, compatible con carcinoma de pulmón, con múltiples lesiones pleurales en el hemitórax izquierdo y adenopatías en el territorio de la arteria mamaria interna, que corresponden a un estadio IV (T1a, N3, M1a). Se remitió a la paciente al servicio de Oncología para completar el tratamiento.

COMENTARIO

La cefalea supone el 1-4 % de todas las consultas en el Servicio de Urgencias y los clínicos deben plantearse si es primaria o secundaria y si es preciso realizar técnicas de imagen.

En las cefaleas primarias existe una causa estructural o metabólica que explica la sintomatología, mientras que en las secundarias el dolor de cabeza es el síntoma de otra patología subyacente. Las cefaleas primarias representan el 64-98 % de las consultas, pero el objetivo en atención primaria es detectar las cefaleas secundarias, que pueden comprometer la vida del paciente.

La anamnesis y la exploración física permiten identificar los criterios de alarma (tabla 1) que sugieren una etiología secundaria. La decisión de

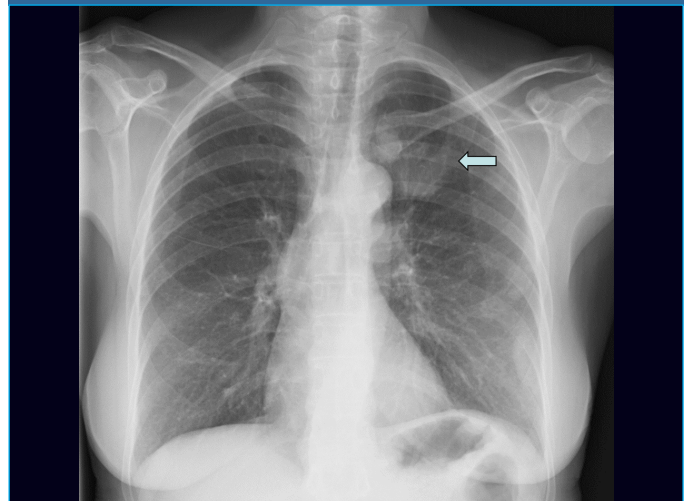
realizar una prueba de neuroimagen debe sustentarse en la historia clínica. Cuando existen datos clínicos o en la exploración que sugieren una cefalea secundaria, y aparecen criterios de alarma (tabla 2), debemos solicitar una TAC craneal.

Las metástasis constituyen el 40 % de las neoplasias intracraneales; la localización supratentorial es la más frecuente. En el 50 % de los casos son múltiples en el momento del diagnóstico. La incidencia aumenta con la edad, es alta por encima de los 65 años y predomina en los varones.

Se presentan clínicamente con convulsiones o como defecto neurológico focal. Los tumores primarios que más metastatizan son las neoplasias pulmonares (50 %), de mama (15 %), melanomas (10 %), de riñón y de tubo digestivo. Las metástasis hemorrágicas suelen ser las de origen pulmonar, de riñón, mama, tiroides, coriocarcinoma y melanoma. Las lesiones quísticas o calcificadas suelen proceder del pulmón, mama o tubo digestivo.

Son lesiones relativamente bien definidas y producen edema vasogénico periférico y moderado en la sustancia blanca. Tienden a localizarse en el parénquima vascularizado por el sistema carotídeo, en la frontera entre la sustancia gris y la blanca.

Figura 4. Radiografía de tórax pósterio-anterior. Nódulo en el lóbulo superior izquierdo, que corresponde a una neoplasia pulmonar primaria (flecha)



En el estudio de la TC basal las metástasis suelen presentarse como una o varias lesiones hipodensas (hiperdensas si asocian sangrado) en la interfase gris-blanca, normalmente con edema perilesional. Cuando se administra contraste intravenoso suelen presentar realce intenso anular, nodular o punteado.

Tabla 1. Criterios de alarma en casos de cefalea

- Cefalea de inicio súbito o características atípicas
- Intensidad y/o frecuencia creciente y/o, con resistencia a la analgesia
- Cefalea asociada a trastornos de comportamiento, focalidad neurológica, crisis epilépticas, edema de papila, fiebre, signos meníngeos
- Empeoramiento reciente de cefalea crónica
- Cefalea asociada a tos, cambio postural, esfuerzo físico o de predominio nocturno
- Presentación en edades extremas de la vida
- Cefalea en pacientes oncológicos o inmunodeprimidos

Tabla 2. Indicaciones de TC cerebral en casos de cefalea

- Cefalea no migrañosa con focalidad neurológica
- Cefalea de inicio súbito o explosivo
- Evolución subaguda y/o empeoramiento progresivo
- Cefalea en pacientes oncológicos o inmunodeprimidos
- Cefalea con fiebre sin enfermedad sistémica evidente
- Cefalea con datos de hipertensión intracraneal
- Cefalea con rigidez de nuca y/o edema de papila

En la RMN las metástasis aparecen hipointensas en secuencias potenciadas en T1 (hiperintensas si son hemorrágicas) y de señal variable en secuencias potenciadas en T2. El edema vasogénico periférico se visualiza mejor en secuencias FLAIR.

En la evolución natural es típico el aumento progresivo del número y tamaño de las lesiones, que se acompaña de mal pronóstico y supervivencias de 3-6 meses.

BIBLIOGRAFIA

- Osborn A, Salzman K, Barkovich A. Metastasis parenquimatosas. Diagnóstico por Imagen: Cerebro. Marban. Madrid 2011; pág 174-7.
- Grossman R, Yousem D. Neoplasias del cerebro. Neurorradiología. Marban. Madrid 2007; pág 148-52.
- Toledo JB, Riverol M, Martínez-Vila E, Irimia P. Cefalea en urgencias. Monografía Urgencias neurológicas. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2008;31(supl 1):75-86.
- Ezpeleta D. Diagnóstico diferencial de la cefalea en urgencias. Jano: Medicina y Humanidades 2007;1662:31-5.
- Grupo de estudio de cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea: Recomendaciones 2006. Ergón. Madrid 2006.
- Morgenstern LB, Huber JC, Luna-Gonzales H, Saldin KR, Grotta JC, Shaw SG, et al. Headache in the emergency department. Headache 2001;41:537-41.E, McDonald DR, Baerlocher MO, Tomlison GA, McCrory DC, Booth CM. Does this patient with headache have a migraine or need neuroimaging? JAMA 2006;296:1274-83.