

## CEFALEA QUE NO CEDE. DIAGNÓSTICO FINAL: MENINGIOMA

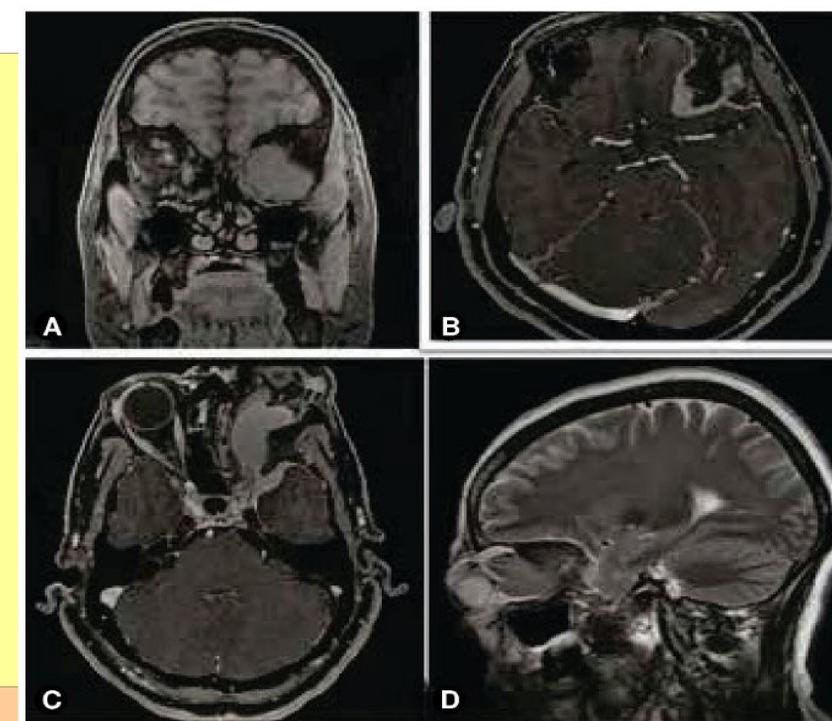
Autores: Cuesta Pérez-Camino A (1), Pérez Bol R (2), Augusto Rendo B (3), Velázquez Álvarez J (2), Crespo González S (2)  
Centro de trabajo: (1) Médico de SUAP C.S.Colindres, (2) Médico de Familia C.S.Cudeyo, (3) Enfermera C.S.Cudeyo.

### INTRODUCCIÓN:

El 90% de los adultos en nuestro medio, ha presentado al menos un episodio de cefalea en el último año, y supone el principal motivo de consulta al neurólogo. La mayoría serán primarias, pero también puede ser debidas a otros procesos, cuyo abordaje terapéutico dependerá de un diagnóstico correcto.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO:

Varón de 77 años que acude por cefalea a nivel temporal izquierdo de 2-3 semanas de evolución. Exploración neurológica normal. Tratado con amitriptilina y naproxeno, persiste el dolor a los 30 días y cede al presionar la arteria temporal izquierda. En la analítica, la velocidad de sedimentación (VSG): 30 y, aunque no es sugestivo de arteritis, se trata con corticoide oral y se deriva a Neurología. Un mes después, continúa con síntomas y se pauta Tegretol, suspendido por mareos. Finalmente, tras 4 meses de evolución, es valorado por neurología con criterio de neuralgia del trigémino, pautando pregabalina. Solicitan resonancia magnética (RMN). Visto por neurocirugía y con resultado de RMN de meningioma esfenoidal izquierdo, se remite a la Unidad del Dolor para tratamiento conservador, pautando 4 infiltraciones seriadas a nivel local y alta con oxcarbazepina para seguimiento por su médico.



### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN:

Los meningiomas constituyen el 15% de todos los tumores primarios intracraneales. Histológicamente benignos, tienden a ser de crecimiento lento y pueden alcanzar un gran tamaño. Las manifestaciones clínicas más frecuentes en la localización esfenoidal son cefalea, epilepsia y alteración del carácter, y algo menos frecuentes la disminución de agudeza visual, afectación del 3º y 5º par, bradipsiquia y disfasia motora. La gran mayoría de las cefaleas se diagnostican mediante una detallada historia clínica, con una entrevista estructurada, que se completa con la exploración física, analítica (VSG, coagulación) y pruebas de neuroimagen si la historia nos sugiere cefalea secundaria.

**PALABRAS CLAVE:** Meningioma; cefalea; neuralgia.

### BIBLIOGRAFÍA:

Sánchez del Río M, Caminero AB, Escudero J, Irimia P, Pozo P. Fisiopatología, métodos diagnósticos, criterios de derivación y criterios de hospitalización. In Díaz-Insa S, ed. Comité ad hoc del Grupo de Estudio de las Cefaleas. Guía Oficial para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. Barcelona: Prous Science; 2011. p. 19-42.