



EL RARO DESENLACE DE UNA CEFALEA BRUSCA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Vanessa Marques Barbosa ¹, José Ignacio Delgado Redondo ², Tarsila Gabriel Maia Nery ³, Elena de Dios Rodríguez ¹, Sara Aladro Escribano ⁴, Beatriz Montañez Gómez ²

¹Centro de Salud Miguel Armijo, ²Centro de Salud Alamedilla, ³Centro de Salud Casto Prieto, ⁴Centro de Salud Casto Prieto

UNIDAD DOCENTE MULTIDISCIPLINAR ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA SALAMANCA

INTRODUCCIÓN:

Los tumores de plexos coroideos son el 0.5% de los tumores intracraneales y se ubican en relación al sistema ventricular. Crecen lento y suelen ser benignos con formas malignas más vistas en niños. Suelen dar clínica de hidrocefalia por aumento de producción de líquido cefalorraquídeo (LCR) del tumor.

Mujer de 52 años migrañosa tratada con desketoprofeno, acude a Urgencias por cefalea holocraneal y vómitos que le despierta por la noche. No cede con su medicación habitual. Cuenta somnolencia y menos concentración los últimos meses que achaca a estrés.

Exploración: Auscultación cardiopulmonar normal. Ligera inestabilidad y marcha en tándem positiva.

Pruebas complementarias:

ECG: Ritmo Sinusal sin hallazgos.

Gasometría venosa: Normal.

TC cerebral: Lesión hiperdensa homogénea en región inferior de IV ventrículo que capta contraste de forma intensa con pequeña calcificación periférica.

RMN cerebral: Se añade al TC: señal similar a sustancia gris en todas las secuencias. Dilatación de IV ventrículo sin hidrocefalia supratentorial.

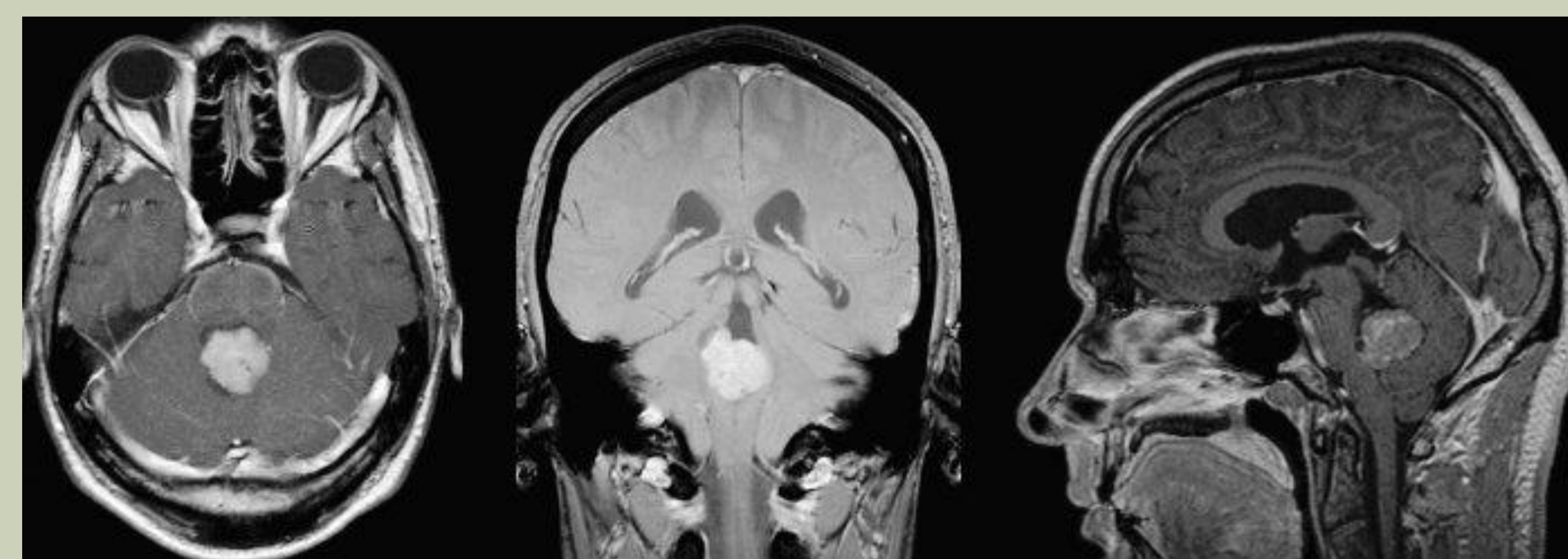
Diagnóstico histológico: Papiloma de plexo coroideo.

Diagnóstico Diferencial: Crisis migrañosa, crisis epiléptica.

Tratamiento: Craniectomía de fosa posterior, extirpación completa. Ingreso en Neurología.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN:

Ante cualquier **cefalea** debemos comprobar si esta cumple o no **criterios de alarma**. En este caso, una cefalea de instauración nocturna que despierta al paciente, la refractariedad al tratamiento estándar y los vómitos no justificados son criterios de alarma que nos hacen solicitar una prueba de imagen inmediatamente. Ante el mencionado resultado del TC hablamos con Neurología que decide ingresar a la paciente y realizar una RMN. La resección quirúrgica completa y el seguimiento atento son actualmente el tratamiento más fiable. Sin embargo, la quimioterapia y radioterapia postoperatorias deberían considerarse en casos de extirpación parcial, recidiva o diseminación de estos tumores.



BIBLIOGRAFIA:

-Boyd M.C., Steinbok P. *Choroid Plexus Tumors: Problems in diagnosis and management.* J. Neurosurg. 66: 800-805, 1987.

-Paulus W, Brandner S (2007). *Choroid plexus tumours.* En: Louis DN, Ohgaki H, Wiestler OD, Cavenee WK (Ed), *WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System*, (pp 82-85).

-Método empleado: Recursos electrónicos: base de datos