

# Caso clínico

KRANION 2002;2:75-76

## Cefalea en racimos sintomática secundaria a prolactinoma

R.M<sup>a</sup> RODRÍGUEZ, R.M<sup>a</sup> YÁÑEZ

### História clínica

Varón de 41 años que consultó por presentar desde 2 años antes episodios de dolor muy intenso, de localización periorbitaria izquierda, de entre 30 min y 4 h de duración. La frecuencia era de 2 o 3 diarios. La cefalea se acompañaba ocasionalmente de lagrimo.

### Antecedentes personales

Valvulopatía aórtica. Desde hacía 5 años disminución de la libido e impotencia.

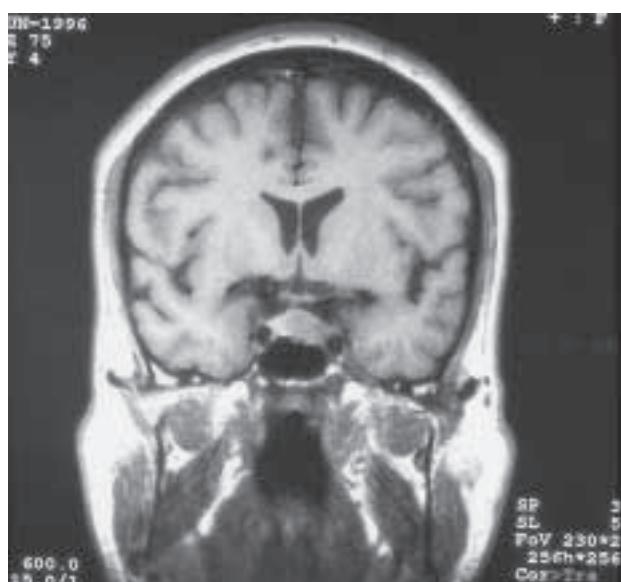
### Exploración física

TA normal. No bocio ni adenopatías. Carótidas normales. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos, soplo sistólico aórtico. Auscultación pulmonar normal. Abdomen y extremidades normales. Exploración neurológica: pares craneales, fondo de ojo, fuerza, tono, sensibilidad, ROT y pruebas cerebelosas normales. RCP flexores. No signos meníngeos. Marcha normal.

### Pruebas complementarias

En la resonancia magnética cerebral se objetivó una lesión nodular en el lado izquierdo de la ade-

hipofisis de 10 mm de diámetro compatible con adenoma hipofisario (Fig. 1). En los análisis se detectó hiperprolactinemia. El estudio campimétrico fue normal.



**Figura 1.** RM cerebral centrada en hipófisis, plano coronal: masa en el lado izquierdo de la adenohipofisis, de señal discretamente heterogénea y menor intensidad de lo habitual, tallo hipofisario desplazado hacia el lado derecho y suelo sellar deprimido en el lado izquierdo.

### Dirección para correspondencia:

Dra. Rosa M<sup>a</sup> Rodríguez Fernández  
Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Orense  
C/ Ramón Puga, 52  
32005 Orense  
E-mail: rosarod@cristalp.es

## Discusión y comentarios

Un 3-5% de los casos de cefalea en racimos pueden ser secundarios a diversos procesos intracraneales. Deben sospecharse en caso de ausencia de periodicidad y patrón horario fijo, si persiste cierto grado de cefalea entre episodios, si no responde a la medicación habitualmente efectiva en la cefalea en racimos idiopática y si hay signos neurológicos anormales además de ptosis o miosis<sup>1</sup>. La mayoría de los casos descritos se

asocian con patología parasellar, por una lesión en o alrededor de la porción cavernosa de la carótida. A este nivel las fibras nociceptivas, simpáticas y parasiméticas que inervan el ojo discurren juntas. En la literatura se recogen 3 casos en relación con prolactinomas<sup>2,3</sup>. En nuestro paciente se realizó tratamiento con inhibidores de la prolactina (sucesivamente con bromocriptina, quinagolida y cabergolina) con desaparición de la cefalea, aunque no se ha observado disminución del tamaño del prolactinoma.

### RECORDAR QUE

1. La asociación de cefalea en racimos sintomática y adenomas hipofisarios es infrecuente.
2. Rasgos clínicos atípicos hacen imprescindible realizar estudios de neuroimagen.
3. La cefalea desaparece tras el tratamiento médico y/o quirúrgico del adenoma.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mathew NT. Symptomatic cluster. Neurology 1993; 43:1270.
2. Milos P, Havelius U, Hindfelt B. Cluster-Like headache in a patient with a pituitary adenoma. With a review of the literature. Headache 1996;36:184-8.
3. Porta J, Ramos A, Berbel A, et al. Cluster-Like headache as a first manifestation of a prolactinoma. Headache 2001;41:723-5.