

Caso clínico

KRANION 2002;2:75-76

Cefalea en racimos sintomática secundaria a prolactinoma

R.M^a RODRÍGUEZ, R.M^a YÁÑEZ

Historia 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 lagrimeo.

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 adeno-

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

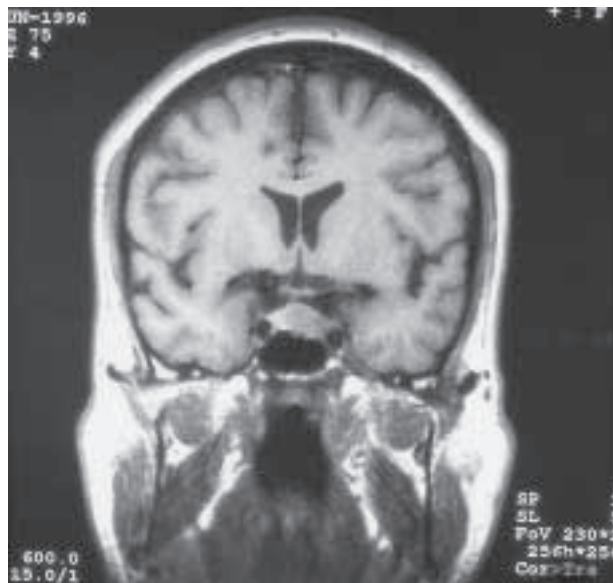


Figura 1. RM cerebral centrada en hipófisis, plano coronal: masa en el lado izquierdo de la adenohipófisis, de señal discretamente heterogénea y menor intensidad de lo habitual, tallo hipofisario desplazado hacia el lado derecho y suelo sellar deprimido en el lado izquierdo.

Dirección para correspondencia:

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

Servicio de Neurología
Complejo Hospitalario de Orense
Orense

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 miosis¹. 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 parasimpáticas que inervan el ojo discurren juntas. En la literatura se recogen 3 casos en relación con prolactinomas^{2,3}. 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.