

PIENSA MAL Y ACERTARÁS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ortiz Cantero, E¹; Pérez Benito, M¹; Chávez Barco, A²; Llampén López, ML²; Gutiérrez Carrasco, JI²

¹ Médico Interno Residente, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; ² FEA Oncología Pediátrica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La **cefalea** en la infancia puede considerarse más un síntoma que una enfermedad en sí misma, relacionándose con frecuencia con procesos intercurrentes banales como las infecciones respiratorias, pero también en ocasiones con procesos severos como la hipertensión intracraneal o la meningitis.

ANAMNESIS

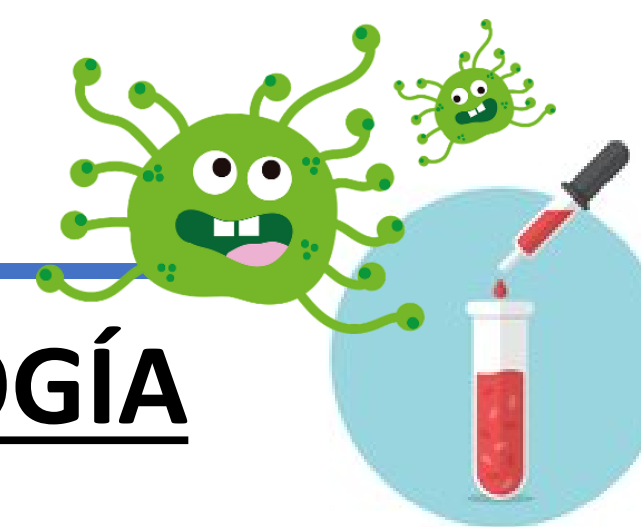
Niña de 6 años sin antecedentes de interés con historia de **cefalea frontal pulsátil de 4 días** de evolución. No sonofobia ni fofobia. No mareos ni inestabilidad. El dolor dificulta el descanso nocturno, pero no le despierta. Asocia **vómitos matutinos y decaimiento**. Cede con analgesia de primer escalón. Afebril. No ambiente familiar infeccioso.

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS



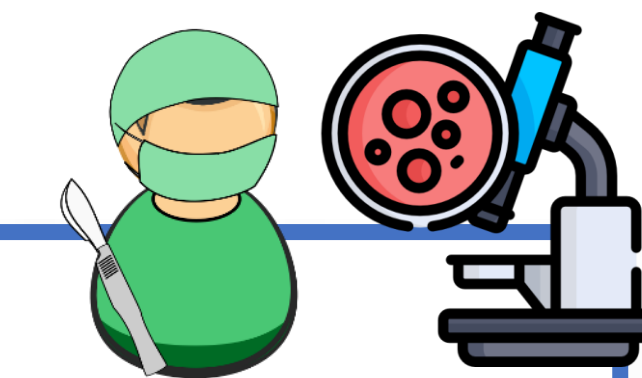
PRUEBAS DE IMAGEN

- **TC CRANEAL:** dos imágenes nodulares occipitales de 5 mm y 10 mm, con importante edema vasogénico, compatible con metástasis como primera opción diagnóstica.
- **RMN CRANEAL:** a nivel occipital derecho, se objetivan dos lesiones ocupantes de espacio de localización cortico-subcortical, de morfología redondeada, bien delimitada. Hipointensas en T1 e isointensas a la cortical en T2. No restringen en difusión.
- **TC TORACOABDOMINAL:** que no se evidencian lesiones a distancia.
- **PET TC:** se aprecian lesiones hipermetabólicamente activas, SUV máximo de 17.79 y 5.68, respectivamente.



PRUEBAS DE LABORATORIO Y MICROBIOLOGÍA

- **Estudio de inmunodeficiencias:** negativo.
- **Despistaje infeccioso:** SARS-COV2, VIH, toxoplasma, cryptococo, cisticercosis: negativo.



ANATOMÍA PATOLÓGICA

Se confirma diagnóstico histológico de **linfoma anaplásico de células grandes con positividad para ALK**. No infiltración de médula ósea ni LCR.

EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL

Tras postoperatorio con buena evolución, inicia régimen de quimioterapia presentado complicaciones infecciosas graves, entre las que destacan celulitis – fascitis por pseudomona aeruginosa, con ectima gangrenoso localizado en miembro inferior derecho que resuelve con antibioterapia y drenaje; y tras el último ciclo de quimioterapia presenta sepsis grave por pseudomona aeruginosa que precisa ingreso en unidad de cuidados críticos pediátricos durante 15 días. Actualmente la paciente se encuentra en remisión completa y en tratamiento rehabilitador por neuropatía periférica.

CONCLUSIONES

El diagnóstico en las cefaleas es fundamentalmente clínico basado en una buena anamnesis dirigida. Hay que **investigar los signos de alarma** que nos obligan a realizar pruebas complementarias.

En nuestro caso se trataba de una cefalea intensa de inicio agudo con afectación del estado general y vómitos.

El linfoma anaplásico de células grandes primario del SNC es más frecuente en personas > 50 años. Se manifiesta con clínica de hipertensión intracraneal, cefalea, vómitos, crisis convulsivas, alteración del nivel de conciencia, hemiplejía y alteraciones del comportamiento.