Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2319

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/1598 - DOCTOR, ESTE DOLOR DE CABEZA ES INSOPORTABLE

A. García-Gasco Hernández de Lorenzo[a], M. de Prada Marín[a], E. Hernández Castilla[a], P. Manzorro Fernández[a] y A. Ramírez Fernández[b]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones. Hospital Puerta de Hierro. Madrid. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo San Juan de la Cruz. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 48 años sin antecedentes médico quirúrgicos de interés que acude a la consulta por cefalea de 3 días de evolución que no cede a pesar de dexketoprofeno y metamizol cada 8h. Comenzó 3 días antes, mientras levantaba pesas en el gimnasio y notó de forma súbita cefalea occipital muy intensa. Acudió a Servicio de Urgencias de Hospital donde tras exploración física y radiografía cervical normal, le diagnosticaron de cervicalgia mecánica. No mejoría con analgesia habitual, en consulta cefalea 8/10 holocraneal y opresiva, además desde hace 2 días refiere vómitos sin náuseas y parestesias en ambas manos. No fiebre ni otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. GCS 15/15. Consciente y orientado. No se objetiva focalidad neurológica. Signos meníngeos negativos. Afebril. Se recomendó acudir a Urgencias para realización de TC cerebral. TC cerebral: HSA en surcos parietoccipitales bilaterales, así como en ambos silvios. AngioTC y arteriografía cerebral: no se observan lesiones responsables de sangrado.

Juicio clínico: HSA espontánea Fisher II, Hunt-Hess I.

Diagnóstico diferencial: Cefalea tensional, migraña, cervicalgia, encefalitis/meningitis, tumor cerebral.

Comentario final: La cefalea es un motivo de consulta muy habitual en AP, la HSA es infrecuente pero es la causa del 1% de cefaleas que acuden de urgencia y es una emergencia. En AP es importante mantener la capacidad de detectar signos de alarma, de replantearnos diagnósticos aún en presencia de síntomas frecuentes y habitualmente banales. La anamnesis sigue siendo la base de una buena praxis.

Bibliografía

1. Cánovas D, Gil A, Jato M, et al. Clinical outcome of spontaneous non-aneurysmal subarachnoid hemorrhage in 108 patients. Eur J Neurol. 2012;19:457.
2. Jung JY, Kim YB, Lee JW, et al. Spontaneous subarachnoid haemorrhage with negative initial angiography: a review of 143 cases. J Clin Neurosci. 2006;13:1011.

3. Naidech AM, Rosenberg NF, Maas MB, et al. Predictors of hemorrhage volume and disability after perimesencephalic subarachnoid hemorrhage. Neurology. 2012;78:811.
4. Kumar S, Goddeau RP Jr, Selim MH, et al. Atraumatic convexal subarachnoid hemorrhage: clinical presentation, imaging patterns, and etiologies. Neurology. 2010;74:893.

Palabras clave: Hemorragia subaracnoidea. Cefalea.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.