



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/163 - DETRÁS DE LA CEFALEA

E. Garrido López¹, R. Escudero González¹, M. Rodríguez García², F. González Rivero³, A. Lopez del Oso García⁴, C. Gonzalez Arias⁵, J. Lorenzo Tejedor⁶, E. Bay Simón⁷, A. Peñalver Andrada⁷, A. Gallego Gallego⁸

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Armunia, León, ²Médico Adjunto de Medicina de Familiar y Comunitaria, Armunia, León, ³Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina de Familiar y Comunitaria, Armunia, León, ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armunia. León, ⁵Residente de Primer Año de Medicina de Familiar y Comunitaria, Centro de salud Armunia, León, ⁶Residente de Segundo Año de Medicina de Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Trobajo del Camino, León, ⁷Residente de Segundo año de Medicina Familiar y comunitaria, Centro de Salud San Andrés del Rabanedo, León, ⁸Residente de Segundo año de Medicina Familiar y comunitaria, Centro de Salud Condesa, León.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 44 años de edad, sin alergias medicamentosas, no hábitos tóxicos. Sin enfermedades conocidas ni tratamientos habituales. Acudió a urgencias hospitalarias por cuadro de cefalea intensa de horas de evolución, de predominio frontal izquierdo, sin vómitos ni rigidez de nuca, sin alteraciones visuales, que no cedía con analgésicos y que se acompañaba de cifras TA de 180/105 que se normalizó con tratamiento. Al día siguiente, acudió a nuestra consulta por incremento de síntomas y con un importante estado de ansiedad. Decidimos derivar a urgencias hospitalarias donde horas después presentó episodio de crisis tónico-clónicas generalizadas. Se realizó entonces TC craneal y se procedió a ingreso en UCI.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 158/92 FC 114 lpm, AC: rítmica sin soplos AP: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Neurológica: consciente, orientada, poco colaboradora, bradipsíquica, pupilas isocóricas normo-reactivas sin defecto pupilar aferente, no nistagmo. Fuerza y sensibilidad conservadas. Analítica: glucosa 128, PCR 75,3, CK 479, resto sin alteraciones. Hemograma y coagulación normal excepto DD 21,367. Serologías y estudio inmunológico negativo. TC craneal: trombosis de senos venosos con infartos hemorrágicos frontales y parietales bilaterales, pequeña cantidad de hemorragia subaracnoidea en surcos cerebrales frontales izquierdos. RMN cerebral: defecto de repleción, ausencia de flujo y pérdida de vacío de señal del flujo normal afectando al seno venoso longitudinal superior, seno transverso derecho con extensión al seno sigmoide y vena yugular. Además de trombosis en vena cortical en la convexidad cerebral derecha. Múltiples lesiones hiperintensas en T2 e hipointensas en T1. ECG: RS a 122 lpm, QRS estrecho sin alteraciones de repolarización. Radiografía de tórax: índice cardiotorácico normal, no derrames ni condensaciones.

Juicio clínico: Trombosis venosa cerebral con infartos hemorrágicos y hemorragia subaracnoidea secundaria.

Diagnóstico diferencial: Hemorragia subaracnoidea (HSA), migraña aguda, episodio de ansiedad.

Comentario final: La clínica de la HSA se caracteriza por cefalea brusca, vómitos y rigidez de nuca en la mayoría de los casos. En el caso de la trombosis de senos venosos, también puede producir parálisis de los IX, X y XI pares craneales, junto con dolor ocular, exoftalmos, parálisis oculomotora y disminución de la

agudeza visual por afectación del nervio óptico entre otros. Por otro lado, realizar una reflexión, cuando la paciente acudió a nuestra consulta se encontraba bajo una situación de ansiedad importante, con cefalea muy intensa que no cedía con la medicación. Decidimos derivar a urgencias hospitalarias para realizar más pruebas, dadas las limitaciones en este caso de la atención primaria. No debemos olvidar la importancia de la clínica del paciente respecto de su situación basal, en este caso se trata de una paciente poco frecuentadora de nuestra consulta, aparentemente sana, que acude en un momento puntual por clínica aguda e intensa. Sin embargo, al alta tuvo que comenzar tratamiento con acenocumarol y levetiracetam.

Bibliografía

Smith WS, et al. Enfermedades cerebrovasculares. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012; p. 3270-300.

Castillo J, et al. Enfermedades vasculares cerebrales. En: Zarzanz JJ. Neurología. 6^a ed. Elsevier España, 2018; p. 301-57.