



415/22 - UNA CEFALEA DISCORDANTE

E. Aparicio Castaño¹, M. Aparicio Castaño², T. García Valverde³, P. Pastor Solaz³

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuenca I. Cuenca. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Cartagena. Murcia. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 87 años, alérgica a ciprofloxacino, con AP de HTA en tratamiento con valsartán/hidroclorotiazida, con buen control. No DM, No DL. No intervenciones quirúrgicas previas. Acude por cefalea de 5 días de evolución. Sin traumatismo previo. La cefalea es frontotemporal, de tipo presión. Sin náuseas ni vómitos. No interfiere en el sueño. Ha aumentado de intensidad. No alteración de la agudeza visual, no miodesopsias. No fiebre ni sensación distérmica, ni en los días previos. No disnea ni dolor torácico. No ha tomado analgesia. No refiere episodios previos. En urgencias, la paciente permaneció estable hemodinámicamente. Ante la persistencia a pesar de analgesia y que viviera en un pueblo con difícil acceso a atención sanitaria se amplió estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente y orientada en las 3 esferas. Glasgow 15. T^o 36 °C. TA 172/91. SatO 97% en aire ambiente. AC: rítmica sin soplos ni extratonos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. NRL: pupilas isocóricas normorreactivas. Pares craneales normales. MOES conservados. No nistagmus. No dolor ocular a la movilidad. Fuerza y sensibilidad conservadas. Respuesta cutáneo-plantar flexora. No dismetrías. Rombeg -. No alteración de la marca. No rigidez de nuca ni otros signos de meningismo. ECG: 70 lpm. Ritmo sinusal. PR < 0,2. QRS 0,4. No alteración del ST. Analítica: HG: hb 13,6, leucos 5.600, pmn 62%. CG: normal. BQ: Cr 0,8, iones normales, PCR 12. Rx tórax: ICT normal. No derrames ni condensaciones. Senos costofrénicos libres. TC cerebral: Hematomas subdurales subagudos en ambas convexidades cerebrales, con componente agudo que se extienden a tercio posterior de hoz cerebral. Los hematomas ejercen efecto de masa, obliterando surcos de la convexidad, colapsando tercer ventrículo, cisternas perimesencefálicas y parcialmente ventrículos laterales. Con el resultado, la paciente fue derivada a neurocirugía para tratamiento con corticoides y observación dada la edad y la buena situación clínica de la paciente.

Juicio clínico: Hematomas subdurales subagudos de probable origen hipertensivo.

Diagnóstico diferencial: Cefalea tensional. Crisis hipertensiva. Hematoma subdural crónico.

Comentario final: La HTA es uno de los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes. Además de ser la principal causa y factor de descompensación de otras enfermedades como la insuficiencia cardiaca, la enfermedad renal crónica y los ACV (tanto isquémicos como hemorrágicos), entre otros.

De ahí la importancia de conseguir un buen control de la HTA. Lo que ha resultado llamativo de este caso, es la gravedad de los hematomas, en una paciente que mantuvo un Glasgow de 15 en todo momento, que solo tenía un factor de riesgo cardiovascular y que tenía buen control. Además de que la cefalea que presentaba solo cumplía un criterio de gravedad, sin ser especialmente llamativa. Los hematomas subdurales suelen aparecer tras accidentes de tráfico no muy intensos en personas jóvenes y en traumatismos leves en ancianos, con origen hipertensivo normalmente. Una vez más, recordamos la importancia de una buena anamnesis y exploración física. Aunque nos sigamos llevando sorpresas no esperadas, como en este caso.

Bibliografía

Suárez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de octubre, 8^a ed. Madrid: MSD. 2016.

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Palabras clave: HTA. Cefalea. Hematoma subdural.