



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2626 - Cefalea, a propósito de un caso

E.A. Lino Montenegro^a, M. González Ruiz^b, L. Alli Alonso^c, M.P. Carlos González^d, M. El Sayed Soheim^a, N. Santos Méndez^c, J. Gutiérrez Sainz^e, M.J. Labrador Hernández^f, J.L. Cepeda Blanco^g y Z. Soneira Rodríguez^h

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud General Dávila. Santander. ^bMédico de Familia. Servicio de Urgencias Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo. Santander. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cañoza. Santander. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Playa Blanca. Lanzarote. Las Palmas. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. ^gMédico Residente de 1º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Santander. ^hServicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 47 años cuyos antecedentes personales más importantes son inmunodeficiencia variable común en tratamiento inmunoglobulinas y linfoma esplénico tratado con quimioterapia hasta hace dos meses. IQ: amputación supracondílea de MID tras traumatismo. Consulta en atención primaria por cefalea occipital opresiva de instauración brusca e intensidad progresiva desde hace tres horas. Describe irradiación hacia la región frontal y periorbitaria bilateral y carácter continuo de la misma, acompañándose de náuseas y fotofobia. Inicio de la clínica descrita mientras estaba leyendo. Niega haber presentado episodios previos similares. Se realiza interrogatorio dirigido a descartar síntomas de alarma, encontrando aumento de la cefalea con Valsalva. Ante estos hallazgos se remite al paciente a urgencias a pesar de que la exploración física no revela datos de interés. Ya en el medio hospitalario, se consigue control del dolor con AINEs ev y se solicita TC craneal.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 100/70 mmHg FC: 60 lpm T: 36 °C SatO2: 100%. Exploración neurológica: consciente y orientado en las tres esferas. Glasgow 15/15. Colaborador. Funciones corticales conservadas. Lenguaje fluido y coherente. No afasia ni disartria. Pares craneales: pupilas isocóricas y normorreactivas. Movimientos oculares extrínsecos normales, sin nistagmus. No asimetría facial. No alteración de pares bajos. Visión: no alteraciones en la campimetría por confrontación. Motor: fuerza conservada en cuatro miembros. Sensibilidad: conservada. Romberg (-). Marcha en tandem normal. No dismetrías ni disdiadiocinesias. Cabeza y cuello: Rigidez de nuca en últimos grados de flexión. Resto de exploración física normal. Hematimetría y bioquímica: normales. TC Cerebral: hiperdensidad homogénea en las cisternas de la base con extensión hacia cisterna prepontina, espacio interhemisférico anterior, valles silvianos y en tentorio, compatible con hemorragia subaracnoidea. TC arterias supraaórticas: Sin evidencia de malformaciones vasculares correlacionables con la HSA. Angiografía cerebral completa y selectivas: Estudio vascular sin anomalías. Arteriografía negativa en paciente con HSA.

Juicio clínico: Hemorragia subaracnoidea espontánea.

Diagnóstico diferencial: Cefalea tensional. Enfermedad infecciosa del SNC. Tumor cerebral. HSA secundaria a MAV o a aneurisma cerebral.

Comentario final: La hemorragia subaracnoidea (HSA) se clasifica según su etiología en traumáticas o espontáneas, siendo las últimas producidas en su mayoría por malformaciones arteriovenosas, patología vascular, tumores, coagulopatías, trombosis de senos venos e HTA. El síntoma guía más frecuente es la cefalea. Típicamente de inicio brusco, intensa, continua y exacerbada con el ejercicio o maniobras de Valsalva. Además, como en el caso de nuestro paciente, las náuseas, vómitos y fotofobia suelen estar presentes desde el inicio. Otros síntomas como la fiebre, el meningismo, la focalidad neurológica e incluso la alteración del nivel conciencia pueden aparecer a medida que progresá el proceso. Creemos importante enfatizar en la importancia de una anamnesis y exploración física detalladas. La HSA constituye una entidad con gran morbimortalidad. Debemos reconocer sus manifestaciones clínicas, precisar nuestro diagnóstico precozmente y utilizar las estrategias terapéuticas reconocidas en forma oportuna para evitar complicaciones como el re-sangrado y adelantarnos a la isquemia cerebral que produce el vasoespasio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Van Gijn J, Rinkel GJE. Subarachnoid haemorrhage: diagnosis, causes and management. *Brain*. 2001;124:249-78.
2. Bonita R, Thomson S. Subarachnoid haemorrhage: epidemiology, diagnosis, management, and outcome. *Stroke*. 1985;16:591-4.