



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/292 - La cefalea: Un reto en urgencias y atención primaria

M.G. Ramírez Arriola^a, N. Hamido Mohamed^b, J.A. Fernández Martínez^c y J.R. Aldrich Céspedes^d

^aMédico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital del Poniente. Almería. ^cMédico Radiodiagnóstico. Hospital Torrecardenas. Almería. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Roquetas. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 29 años, ingirió anticonceptivos orales (ACO) desde hace un año. Sin historia personal ni familiar de cefalea. Antecedentes familiares de abuelo paterno con IAM a los 61 años, su abuela presentó ACV a los 55 años y tía con ACV a los 48 años. Presentó al menos 20 días previos dolor e hinchazón en pantorrilla derecha diagnosticada de rotura fibrilar siendo tratada con AINEs y HBPM (heparina de bajo peso molecular) durante 10 días con mejoría sintomática. Consulta en dos ocasiones al servicio de urgencias por cuadro de cefalea hemicranea derecha intensa, de al menos 4 días de evolución que mejoró parcialmente con AINEs, acompañada de lagrimo y vómitos. Se añade dolor en ambos costados a predominio derecho que aumenta con la inspiración.

Exploración y pruebas complementarias: Al examen físico no se aprecian hallazgos. En la analítica destacan: leucocitos 18.080/ul con 78% neutrófilos, PCR 2,65, fibrinógenos derivados > 550, dímero D 671. TAC craneal que informa imagen compatible con trombosis de seno recto derecho. Angio-TC de tórax compatible con tromboembolismo pulmonar bilateral. Eco doppler de miembros inferiores que informa TVP vena poplítea derecha. La paciente se ingresa en UCI evolucionando favorablemente con tratamiento sintomático y HBPM. El estudio de trombofilia fue normal así como el despistaje de enfermedad neoplásica. Se contraindicó ACO y se mantiene tratamiento anticoagulante oral prolongado.

Juicio clínico: Trombosis de seno venoso recto derecho. TEP. TVP miembro inferior derecho. Toma de ACO.

Diagnóstico diferencial: Otras causas de ACV–hemorragia subaracnoidea.

Comentario final: La trombosis venosa cerebral (TVC) es una entidad poco frecuente, constituye cerca del 0,5% de casos de enfermedad vascular cerebral. Actualmente tiene una mortalidad del 10%. Su diagnóstico representa un reto debido a la presentación muy variable. Es más frecuente en mujeres de 20 a 35 años, asociándose al embarazo, puerperio y uso de ACO. Su etiología es multifactorial no encontrándose la misma en cerca del 15-20% de los casos. Entre sus causas se encuentran además de las ya mencionadas neoplasias, enfermedades inflamatorias sistémicas, infecciones, alteraciones hematológicas y de la coagulación y otros. La forma de presentación puede ser aguda (48h), subaguda (2 a 30 días) o crónica (1 a 6 meses). En cuanto a los síntomas de presentación es muy variable: cefalea (90%), déficit motor (50%) y crisis convulsivas (44%). El diagnóstico se efectúa mediante factores riesgo, clínica y pruebas diagnósticas. El dímero D puede estar aumentado o normal. La principal prueba son las de imágenes: actualmente la venografía- TC alcanza resultados parecidos a la RMN (sensibilidad y especificidad entre el 75-100%). En TAC se pueden ver signos

directos (signo de la cuerda, signo del triángulo denso y signo delta o del triángulo vacío) o indirectos (hidrocefalia o compresión IV ventrículo, infartos 2º, edema). El tratamiento consiste principalmente en HBPM o anticoagulación vía oral y de la causa. Presentamos el caso dado la baja frecuencia de la patología y la necesidad de una alta sospecha para su diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guenther G, Arauz A. Trombosis venosa cerebral: aspectos actuales del diagnóstico y tratamiento. Neurología. 2011;26(8):488-98.
2. Laín Terés N, Julián Jiménez A, Núñez Acebes B, et al. Trombosis venosa cerebral. Una realidad en urgencias. Emergencias. 2007;19:99-103.