Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1325

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/887 - Cefalea súbita tras esfuerzo físico

M. Lubián Martínez[a], C.A. Baquer Sahún[a], A. Hernández Marcos[b], M. Jordán Domingo[c], R.I. Estellés Fernández[d], R. Montoya Sáenz[e], D. Idoipe Rubio[f], S.A. Nuggerud Galeas[f], A. Fernández Revuelta[g] y G. Guillén Llovería[g]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Sector III. Zaragoza. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Norte. Zaragoza. [c]Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Sector III. Zaragoza. [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miralbueno Garrapinillos. Zaragoza. [e]Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bombarda. Sector III. Zaragoza. [f]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. [g]Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Caso 1: paciente de 52 años de edad sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés que acude al centro de salud por cuadro de cefalea de 1 hora de evolución tras esfuerzo postcoital. Refiere dolor súbito de intensidad elevada acompañado de 4 vómitos. Que describe como dolor holocraneal pulsátil. Caso 2: paciente de 32 años con antecedentes de poliquistosis renal, que acude a consulta de atención primaria tras maniobra de Valsalva por esfuerzo defecatorio. Mientras es atendido en la consulta presenta vómito precedido de náuseas y fotofobia. No fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: Caso 1: auscultación cardiopulmonar, abdomen, EEII y exploración neurológica anodina sin signos de focalidad aguda. A pesar de no encontrar hallazgos destacables en la exploración dado que se trata de una cefalea de inicio súbito tras maniobra de valsalva se decide traslado a urgencias hospitalarias para completar estudio. En hospital se realiza TC urgente que informan como hemorragia subaracnoidea (HSA) de predominio en cisterna póntica, cisterna optoquiasmática, cisternas basales y a nivel de la trifurcación silviana derecha con contenido hemático en IV ventrículo. AngioTC sin formaciones aneurismáticas. Caso 2: a la exploración destaca leve desorientación y tendencia a la somnolencia, presenta

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

diplopía a la mirada vertical con paresia del recto superior e inferior del ojo derecho. Resto de la exploración sin alteraciones significativas. El paciente se deriva a urgencias tras analgesia intravenosa donde realizan TC cerebral que muestra HSA secundaria a ruptura de aneurisma de 5 mm en la trifurcación silviana de la arteria cerebral media derecha.

Juicio clínico: En ambos casos se remite a urgencias hospitalarias por sospecha de patología vascular cerebral aguda.

Diagnóstico diferencial: Cefaleas primarias de esfuerzo: tusígena, de esfuerzo y sexual. Cefaleas secundarias vascular cerebral: HSA, infarto cerebral, trombosis venosa cerebral, hemorragia intracerebral y síndrome de Sturge-Weber.

Comentario final: En el caso 1 el paciente fue ingresado en servicio de neurocirugía evolucionando favorablemente, sin necesidad de intervención con mejoría progresiva de la clínica de cefalea y de la imagen radiológica en el TAC cerebral de control. Ambos casos, tras el tratamiento correspondiente, evolucionaron favorablemente y fueron dados de alta tras estancia en planta de neurocirugía. La mayoría de los pacientes con HSA presentan una clínica de cefalea súbita de intensidad muy fuerte, que puede estar acompañado de pérdida de consciencia, náuseas, vómitos o signos de meningismo. Pueden ocurrir de forma espontánea, aunque en muchas ocasiones se producen secundarias a un esfuerzo físico o tras Valsalva. En los dos casos que hemos presentado, se trataba de dos pacientes jóvenes, que claramente tras un esfuerzo, habían presentado cefalea brusca acompañada de vómitos. En ambos casos, la clínica fue muy llamativa. Sin embargo, conviene tener en cuenta que las manifestaciones clínicas de la HSA en ocasiones se manifiestan de forma más insidiosa, por lo que debemos tener en cuenta este diagnóstico diferencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suárez JI, Tarr RW, Selman WR. Aneurysmal subarachnoid hemorrhage. N Engl J Med. 2006;354:387.

2. Polmear A. Sentinel headaches in aneurysmal subarachnoid haemorrhage: what is the true incidence? A systematic review. Cephalalgia. 2003;23:935.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.