



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3095 - Cefalea occipital, consecuencia de una hemorragia subaracnoidea

P. Gálvez Villar^a, E. Hernández Medel^b y S. Labrador del Río^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico de Familia. Centro de Salud Las Delicias. Jerez de la Frontera. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 36 años sin factores de riesgos cardiovasculares y con talasemia. Acude al centro de salud por cuadro de dolor cervico-occipital brusco que se irradia hacia la zona frontal, vómitos y sensación de taponamiento de oídos.

Exploración y pruebas complementarias: En consulta, buen estado general, consciente y orientado. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado, no ruidos patológicos. Abdomen: blando y depresible, en la palpación no dolor, no masas ni megalias, ausencia de signos de irritación peritoneal. Neurológico: funciones cerebrales superiores conservadas, pupilas isocóricas normorreactivas a la luz, movimientos extraoculares conservados, sin focalidad neurológica. Fuerza y sensibilidad conservadas. No disimetrías ni afasia. Tensión arterial: 120/70. Frecuencia cardíaca: 65. ECG: normal. Se traslada a urgencias. Analítica: dentro de la normalidad. TC craneal: imagen hiperdensa en cisternas basales, surcos de ambas arterias cerebrales medias y ambas cisuras de Silvio, compatible con hemorragia subaracnoidea. AngioTC craneal: formación aneurismática en la arteria comunicante anterior de 7 × 4 mm de diámetro.

Juicio clínico: Hemorragia subaracnoidea Fisher I secundaria a rotura de un aneurisma de arteria comunicante anterior.

Diagnóstico diferencial: Cefalea tensional, migraña, tumor cerebral, infecciones intracraneales, ictus isquémico.

Comentario final: El tratamiento consistió en la embolización del aneurisma por vía femoral, con evolución favorable y sin focalidad neurológica. La incidencia de hemorragia subaracnoidea se sitúa en torno a 9/100.000 habitantes/año, suponiendo un 5% de todos los ictus. La causa más frecuente de hemorragia subaracnoidea espontánea es la rotura de un aneurisma cerebral. Los principales factores de riesgo son la hipertensión arterial y el tabaquismo. La clínica inicial consiste en una cefalea brusca, principalmente holocraneal; sin embargo, en un 20% de los casos, la cefalea es occipitonuclear. Por lo que ante un paciente con un cuadro de estas características habrá que sospecharla, y así evitar el retraso de su diagnóstico, ya que la mortalidad en los primeros días es del 22% y la tercera parte de los que sobreviven van a tener secuelas neurológicas moderadas o graves.

Bibliografía

1. Vivancos J, Gilo F, Frutos R, Maestre J, García-Pastor A, Quintana F, et al. Guía de actuación clínica en la hemorragia subaracnoidea. Sistemática diagnóstica y tratamiento. Neurología. 2014;29:353-70.

Palabras clave: Cefalea occipital. Hemorragia subaracnoidea.