



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2357 - La importancia de una minuciosa exploración neurológica en consulta

M. Covacho González^a, C. Vidal Ribas^b, M. Porcel Lladó^b, M.I. Moyá^b, F. Pou Barcelo^c, S. López Puche^c, J.I. Ramírez Manent^b, M.L. Amengual Sastre^d y M. Albaladejo Blanco^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Santa Ponça. Calviá. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coll d'en Rabassa. Palma de Mallorca. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Escola Graduada. Palma de Mallorca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 50 años fumadora de 10 cigarrillos/día, único AP de HCL en tratamiento (atorvastatina). Acude a su centro de salud por cefalea súbita e intensa sin relación a esfuerzos. No pérdida de conciencia.

Exploración y pruebas complementarias: En el centro de salud: TA 112/75. FC 76. T^a 36,2. Exploración neurológica: Consciente y orientada. No focalidad neurológica. Resto exploración normal. Se pauta tratamiento sintomático por sospecha de cefalea tensional. A las 72 horas reacude con cuadro de mareos y caídas por lo que es remitida a Urgencias. Le realizan un TAC craneal que se informa de normal. Cuatro días después presenta torpeza en mano izquierda y los familiares la perciben más despistada por lo que acuden de nuevo. A la exploración objetivan datos de alarma siendo enviada a Urgencias donde es ingresada para estudio por Neurología. Exploración general y NRL: se encontraba confusa. Pérdida de fuerza en ESI. TAC: hemorragia intraventricular con imagen hipodensa cortico-subcortical y de sustancia blanca parieto-occipital derecha compatible de infarto isquémico establecido. AngioRM: aneurisma de ACoP. Irregularidades de la pared posterior.

Juicio clínico: Primariamente se orienta como cefalea tensional pero debido a signos de alarma, aún con TAC normal, se decide remitir a Urgencias para descartar patología grave.

Diagnóstico diferencial: Hemorragia subaracnoidea: 20-50% clínica centinela premonitoria semanas antes del sangrado masivo. Ictus: focalidad NRL. Cefalea más intensa en hemorrágico. Disecciones arteriales. Tratamiento y evolución: IQ: oclusión aneurisma mediante coils. Tratamiento domiciliario: el habitual más omeprazol 20 mg/24h, nimodipino 60 mg/6h, AAS 100 mg/24h vo. Control de FR cardiovasculares y rehabilitación. La paciente refiere mejoría de la sensibilidad de la mano izquierda y una evolución progresiva.

Comentario final: Resaltar la importancia de una detallada exploración general (Tº y TA) y neurológica descartando signos de alarma. Insistir en la prevención de FR cardiovasculares.

Bibliografía

1. Berbel-García J, González-Spínola A, Martínez-Salio J, et al. Importancia de la exploración neurológica en la era de la revolución tecnológica. Rev Neurol. 2004;39:1140-2.

2. Nuñez Enamorado N, Ibero Esparza C. Cefaleas y algias craneofaciales. En: Carlavilla Martínez AB, Castelbón Fernández FJ, García Lorenzo JI, et al, eds. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 6ª ed. Hospital Universitario 12 de Octubre. España: MSD; 2007:971-2.

Palabras clave: Cefalea. Aneurisma.