



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1114 - ¡Este no es mi dolor!

N. Martín Díaz^a, A.B. Marín García^a, A.L. Hernández Olivares^a, C.M. Cano Bernal^b, L. Blázquez González^b, Y. Reverte Pagán^b y F.M. Lafuente Salanova^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico de Familia. Centro de Salud Santomera. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Vistabella. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 54 años de edad que consulta por cefalea. AP: no FRC. Migraña. No tratamiento crónico. La paciente presentó hace 24 horas cefalea holocraneal de similares características a la habitual que mejoró tras ser tratada por servicios de emergencia extrahospitalaria. En las últimas horas, el dolor cambia haciéndose más intenso por lo que consulta en Urgencias de nuestro hospital que tras administración de analgesia con discreta mejoría se procede al alta. Ante la persistencia del dolor, que impide el descanso y su elevada intensidad, la paciente consulta nuevamente.

Exploración y pruebas complementarias: TAS 154/87. FC: 54 LPM. Sat: 99%. Afebril. Buen estado general. Cabeza y cuello: No IY. Pulsos carotídeos palpables y simétricos, no se auscultan soplos. No se palpan masas ni adenopatías. AC: rítmica sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Exploración neurológica: Consciente. Orientada. Colaboradora. Glasgow 15. Lenguaje y funciones superiores conservadas. PICNR. Pares craneales simétricos y centrados. No dismetrías. No claudicación. Fuerza y sensibilidad conservada. Marcha sin alteraciones. Signos meníngeos negativos. Analítica sangre: normal. TC cráneo: hemorragia subaracnoidea en surcos parietales posteriores izquierda.

Juicio clínico: HSA parietal izquierda.

Diagnóstico diferencial: HSA parietal izquierda VS cefalea migrañosa.

Comentario final: Las cefaleas son el motivo de consulta neurológico más frecuente en Urgencias. Son fundamentales una anamnesis cuidadosa, prestando especial importancia a los síntomas de alarma detallada. Hasta un tercio de las cefaleas agudas se deben a un proceso intracraneal potencialmente fatal como hemorragia subaracnoidea o disección arterial. Los síntomas de alarma son: Comienzo súbito, cefalea no similar en el pasado, infección concomitante, estado mental alterado, cefalea con el ejercicio, edad mayor de 50 años e inmunosupresión. Uno o más signos de alarma aumenta la posibilidad de enfermedad grave y justifica el uso de neuroimagen y/o punción lumbar. Se contactó con neurocirujano de guardia en centro de referencia y se traslado a su cargo.

Bibliografía

- Pradilla Ardila G. Cefalea en urgencias: diagnóstico y tratamiento de las cefaleas primarias. Acta Neurol Colomb. 2008;24(Supl 3:2).

2. Pascual Gómez J. Cefaleas y algias faciales. En: Farreras-Rozman. Medicina Interna. p. 1303-6.

Palabras clave: Cefalea. Hemorragia subaracnoidea.