



242/855 - CEFALEA... ¿Y ALGO MÁS?

A. Azagra Calero^a, R. López Sánchez^b, A. Grasun^c, J. Parra Jordán^a, B. Lucas Velázquez^d y S. Pini^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria.

^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^cFEA Urgencias Hospitalarias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina de Nuclear. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 45 años, sin antecedentes de interés. En rehabilitación, por lumbalgia tras accidente de tráfico hace dos meses. Acude a nuestro centro de salud, por episodios de repetición de cefalea pulsátil. Fue valorada en urgencias con TAC craneal normal. Refiere que en los últimos tres días el dolor le despierta por la noche y no cede con analgesia habitual. Además, presenta mareo ocasional y náuseas. No fotofobia.

Exploración y pruebas complementarias: Escala Glasgow 15. Pupilas isocóricas-normoreactivas. Pares craneales normales. Discreta hemiparesia derecha, predominio en extremidad superior derecha, por lo que se deriva al servicio de urgencias para valoración. A su llegada a urgencias, bradipsiquia, evidenciándose hemiparesia derecha. Analítica: leucocitos 12.400 Hg 14. Hto 41,5. Plaquetas 234.000 TP 85. TAC craneal: colección extraaxial fronto-parietal izquierda de 2,4 cm de espesor, isodensa con áreas de hipo/hiperdensidad, compatible con hematoma subdural subagudo-crónico con sangrado en diferentes estadios evolutivos. Dicho hematoma condiciona significativa expansividad, con desviación de la línea media, borramiento de surcos adyacentes y herniación uncal izquierda. Asimismo, condiciona un colapso del asta occipital de ventrículo lateral izquierdo. Tras el hallazgo en la prueba de imagen, se procede bajo consentimiento informado de la paciente a la evacuación del hematoma sin complicaciones. La paciente permanece ingresada con buena evolución clínica, sin focalidad neurológica y con alivio significativo de la cefalea.

Juicio clínico: Hematoma subdural subagudo-crónico frontoparietal izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Alteración coagulación. Migraña. Cefalea hemicránea paroxística. Cefalea postraumática.

Comentario final: El hematoma subdural crónico (HSC), es una patología poco frecuente en las primeras décadas de la vida, afecta con mayor frecuencia a los varones. Clínicamente se presentan con cefalea, y como factores predisponentes son frecuentes la implantación previa de una derivación del líquido cefalorraquídeo y los trastornos patológicos de la coagulación, debiéndose indagar siempre la existencia de algún factor predisponente en pacientes jóvenes con un HSC. Los índices de recidiva y las complicaciones postoperatorias son significativamente inferiores que los que se presentan en otros rangos de mayor edad.

Bibliografía

1. Gan Q, Zhao H, Zhang H, You C. Rapid Spontaneously Resolving Acute Subdural Hematoma. *J Craniofac Surg.* 2017;28(3):e287-9.
2. Gelabert-González M, et al. Chronic subdural hematoma in young patients. *Revista de la Sociedad Española de Neurocirugía.* 2013;24(2).

Palabras clave: Cefalea. Traumatismo.