



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/1776 - ¡ESTA VEZ HUBO SUERTE!

N. Benítez Samuel<sup>a</sup>, P. Rodríguez Lavado<sup>b</sup>, G. Alonso Sánchez<sup>c</sup>, M. Fernández Rodríguez<sup>d</sup>, C. García-Giralda Núñez<sup>c</sup> y F. Rodríguez Rubio<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calasparra. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calasparra. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caravaca de la Cruz. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caravaca de la Cruz. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Área IV. Lorca. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 59 años con antecedentes de DM tipo 2, HTA, SAHS grave con CEPAP nocturna, extabaquismo de hace 11 años. Consulta en urgencias de su centro de salud porque tras esfuerzo físico (mantener relaciones sexuales), empieza con cervicalgia intensa asociada a náuseas y mareo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. ACP sin hallazgos relevantes. TA 191/85, SatO<sub>2</sub> 99%, glucosa 191. ECG: ritmo sinusal a 75 ppm, T negativa en AVR, sin alteraciones de la repolarización. Exploración neurológica: consciente y orientado, pupilas isotópicas y reactivas a la luz, pares craneales simétricos y centrados, fuerza y sensibilidad tactoalgésica conservadas. Se administra captopril 25 y metoclopramida presentando mejoría clínica, se decide alta con vigilancia domiciliaria. Al día siguiente consulta en Urgencias del hospital porque no termina de mejorar empezando con diplopía, cefalea frontal y vómitos. A la exploración: bioquímica, hemograma y coagulación sin alteraciones. En la exploración neurológica únicamente presenta rigidez de nuca. Se realiza TAC craneal informado como hemorragia subaracnoidea en cisterna supraselar, cisternas perimesencefálicas, prepontina y del ángulo pontocerebeloso. Es trasladado al hospital de referencia para valoración por Neurocirugía, permanece en la UCI dos días. Pasa a planta; presenta una evolución favorable con desaparición progresiva de la clínica inicial, encontrándose asintomático al alta. En el TAC craneal de control se objetiva resolución de la HSA prepontina, siendo dado de alta con controles en consulta.

**Juicio clínico:** HSA.

**Diagnóstico diferencial:** Meningitis. Encefalitis. Encefalopatía hipertensiva. Absceso cerebral.

**Comentario final:** La HSA es una patología con una elevada morbimortalidad, ya que un alto porcentaje de pacientes (10-15%), fallecen antes de llegar al Servicio de Urgencias del Hospital, otros (15%) fallecen en las 4 siguientes semanas, y de los que sobreviven aproximadamente el 50%, tienen secuelas neurológicas. Por este motivo es crucial llegar cuanto antes a un diagnóstico definitivo de esta entidad, para poder planificar las pruebas diagnósticas y el plan terapéutico necesario.

## Bibliografía

1. Van Gijn J, Rinkel GJE. Subarachnoid hemorrhage: diagnosis, causes and management. *Brain*. 2001;124:249-78.
2. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7ª ed.

**Palabras clave:** Cefalea. Aneurisma. Xantocromía. Punción lumbar. Espectrofotometría.