



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/730 - ESTE ES EL PEOR DOLOR DE CABEZA DE MI VIDA

V. Vázquez Rey^a, Á. Ramos Fernández^b, L. Garrido Acosta^c, N. Díaz Ferreiros^d, D. García Palma^e y L. Bravo Merino^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Valle del Nalón. Gijón. Asturias. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Riaño. Langreo. Asturias. ^dMédico de Familia. Área Sanitaria VIII. Asturias. ^eMédico de Familia. Centro de Salud del Área Sanitaria de Gijón. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Alergia a diclofenaco. Hipertensión arterial, dislipemia, no diabetes mellitus. No hábitos tóxicos. Bocio diagnosticado en 1998, gastritis, divertículos colónicos. Acude a su centro de salud por cefalea holocraneal, de inicio súbito hace aproximadamente 1 hora. El cuadro se acompaña de mareo, sudoración y, a su llegada al centro, comienza con náuseas y vómitos. Dada la intensa afectación y la ausencia de respuesta a analgesia intramuscular, se decide derivación hospitalaria.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. Consciente, orientada, colaboradora. Afectada por el dolor, nauseosa. ACP: normal. Abdomen: anodino. Neurológica: Glasgow 15. Pupilas isocóricas normoreactivas. Pares craneales normales. Fuerza y movilidad conservadas. En el hospital: bioquímica, hemograma y coagulación sin alteraciones de interés. ECG normal. TAC craneal sin contraste: HSA difusa con mayor afectación de surcos del hemisferio izquierdo, cisturas interhemisféricas, tentorio y cisternas perimesencefálicas así como a nivel del pentágono de la cisterna basal. Dudosa lesión pseudonodular hiperdensa a nivel del top de la basilar que podría corresponderse con aneurisma a este nivel. Condiciona edema del parénquima encefálico.

Juicio clínico: Hemorragia subaracnoidea.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión intracraneal. Meningitis. Encefalitis. Masa intracraneal. Crisis vertiginosa.

Comentario final: Fue derivada al hospital provincial de referencia. Ingreso en neurocirugía donde se confirmó angiográficamente aneurisma sacular carotídeo izquierdo situado en el origen de la arteria comunicante posterior, con signos de rotura. Se procedió a realizar embolización, con buen resultado y sin complicaciones. TAC de control al alta: material de embolización a nivel de arteria comunicante posterior izquierda. Desaparición de la hemorragia subaracnoidea. Alta a su domicilio 10 días después, asintomática. La causa más frecuente de una hemorragia subaracnoidea espontánea es la rotura de un aneurisma cerebral. Incidencia: 9/100.000 habitantes/año, ligeramente mayor en mujeres. HTA y tabaquismo son sus principales factores de riesgo. El estudio diagnóstico de elección es la tomografía computarizada (TC) craneal sin contraste. Los estudios de elección para identificar la fuente de sangrado son la resonancia magnética (RM) y la angiografía.

Bibliografía

1. Adams HP Jr., Love BB. Medical management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage, 2nd ed. pp. 1029-54.
2. Carlavilla Martínez AB, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica (Hospital Universitario 12 de octubre), 6^a ed. Madrid. p. 969-82.

Palabras clave: Hemorragia subaracnoidea. Aneurisma. Cefalea.