



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3582 - CEFALEA SÚBITA Y RIGIDEZ AUTOLIMITADA HACE 2 DÍAS, ¿URGENCIA O SIMULACIÓN?

B. Coll Bas^a, A. Nofan Maayah^b, K. Baldeón Cuenca^c, N. San Miguel Martín^d, J. Bustamante Odriozola^e y P. Bermúdez Martí^f

^aMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Bezana. Barcelona. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal. Cantabria. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro-Isabel II. Cantabria. ^fMédico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 60 años, fumadora activa de 30 paquetes-año, sin otro antecedente de interés. Cefalea holocraneal leve desde hace 7 días que hace 72 horas asocia rigidez generalizada autolimitada. Vista en Urgencias en otra comunidad, no consideran patología neurológica y pautan díazepam. No otro síntoma previo. Una mañana despierta por cefalea muy intensa súbita, holocraneal opresiva, con disminución del nivel de conciencia, disartria y náuseas. Niegan movimientos anómalos, traumatismos previos u otra clínica. Avisan al Servicio de Emergencias. A la llegada, refieren mejoría del estado general y disminución del dolor, aunque persiste constante en región periorbitaria izquierda y nuchal. Refiere EVA de 6.

Exploración y pruebas complementarias: TA 124/86, FC 95 lpm, SatO₂ 98%, FR 13 rpm, T^a 36,5 °C, GC 69. Consciente y orientada, hemodinámicamente estable, eupneica, afebril, algo temblorosa, AC rítmica sin soplos, AP murmullo vesicular conservado, abdomen y extremidades sin alteraciones, pulsos distales positivos y simétricos. ECG 15, pupilas isocóricas normorreactivas, pares craneales normales, fuerza 5/5 global, no claudica en Barré, pruebas cerebelosas normales, no rigidez de nuca, sí dolor a la movilización cefálica. Se decide traslado a Urgencias. Hemograma, bioquímica, coagulación (TP 100%), Rx tórax y ECG sin alteraciones. TAC craneal: MAV cerebelosa dependiente de la PICA izquierda con nidus de 17 mm y aneurismas por hiperflujo, complicada con HSA.

Juicio clínico: Hemorragia subaracnoidea sobre MAV cerebelosa.

Diagnóstico diferencial: Hemorragia subaracnoidea (anamnesis muy indicativa). Meningitis vírica (por la localización del dolor y temblor vs tiritona). Cefalea hemicraneal paroxística (por la localización periorbitaria y dolor súbito). Migraña sin aura (por dolor periorbitario y náuseas).

Comentario final: Valorada por Neurocirugía, deciden embolizar los numerosos aneurismas sin complicaciones y posteriormente dada de alta tras buena evolución clínica y radiológica. La HSA tiene una incidencia de unos 7-9 casos/100.000 hab/año, supone un 1% de las cefaleas atendidas en Urgencias. El 80% son dependientes de rotura de aneurismas únicos, sólo un 2% se debe a MAV. Factores predisponentes serían HTA, tabaquismo y TCE por accidentes de tráfico en jóvenes. La tasa de mortalidad es del 22% en España. El tratamiento es etiológico (control de cifras tensionales, embolización aneurismática, prevención de otros FRCV...) y prevención de complicaciones.

Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000701.htm>
2. <http://www.medintensiva.org/es/manejo-general-cuidados-intensivos-del/articulo/S0210569108762120/>
3. <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=86531>

Palabras clave: Cefalea súbita. Náusea y TA.