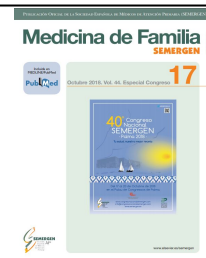




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3547 - LA CEFALEA MÁS FUERTE DE SU VIDA

C. González Santana^a, A. Correas Galán^a, M. Rodríguez Alonso^b y S. Peña Lozano^b

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid Oeste. Valladolid.

^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid Oeste. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 76 años, acude a urgencias derivada por el 112 por cefalea de inicio súbito, incapacitante ('la más fuerte de su vida'), de inicio frontal irradiada a región occipital. Comienzo en reposo, sin náuseas-vómitos, fotofobia o sonofobia asociadas. Cursa con mareo sin pérdida de conciencia. Antecedente personal de TEP (2012 y 2018). No factores de riesgo cardiovascular. No hábitos tóxicos. Tratamiento habitual: Sintrom.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable. Eupneica en reposo. Afebril. Afectación importante del estado general. E. neurológica: GCS 15. Pupilas isocóricas normorreactivas. Pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada en las 4 extremidades. ACP: normal. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. RHA conservados. EEII: no edemas ni signos de TVP. Pulsos periféricos presentes. ECG: ritmo sinusal. AS: hemograma normal, coagulación: INR 3,89, bioquímica: Cr 1,38. TAC cerebral: línea media centrada. Extensa HSA localizada a nivel de ambas cisuras de Silvio con predominio en lado izquierdo, cisura interhemisférica, rodeando prácticamente por completo la protuberancia y bulbo raquídeo a nivel infratentorial. AngioTC de polígono de Willis: sin alteraciones.

Orientación diagnóstica: Hemorragia subaracnoidea (HSA).

Diagnóstico diferencial: Migraña, cefalea tensional, meningitis, encefalitis, tumor cerebral primario, metástasis cerebral, absceso cerebral, traumatismo craneoencefálico, hipertensión intracraneal.

Comentario final: Ingreso en UVI para vigilancia hemodinámica y neurológica tras diagnóstico de HSA. A las tres horas, deterioro del estado neurológico (GCS 8), por lo que se procede a IOT y conexión a ventilación mecánica. En TAC cerebral de control, datos de aumento de presión intracraneal, colocándose drenaje ventricular externo por parte de neurocirugía. Cuando se inicia retirada de la sedación, presenta un GCS 3, falleciendo en los días siguientes en la planta de Medicina Interna. La cefalea es una consulta muy frecuente en Urgencias. Es importante un adecuado diagnóstico diferencial y descartar causas potencialmente mortales.

Bibliografía

1. Vivancos J, Gilo F, Frutos R, et al. Guía de actuación clínica en la hemorragia subaracnoidea. Sistemática diagnóstica y tratamiento. Neurología. 2014;29:353-70.

2. Silva-Hernández L, Mayo D, Romeral M, et al. Cefalea centinela en la hemorragia subaracnoidea perimesencefálica. Revista de Neurología 2016;62:142-3.

Palabras clave: Cefalea subaracnoidea. Hemorragia.