

## 424/1224 - AVISAN POR CEFALEA

I. Uldemolins Gómez<sup>1</sup>, A. Prudencio Rodríguez<sup>1</sup>, A. Plazas Sánchez<sup>1</sup> e Y. Dubrava Dubrava<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Soria Sur.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Milagrosa. Soria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 70 años residente en zona rural. Avisó al centro de salud por síncope en vía pública. A nuestra llegada aceptable estado general con Glasgow 15. Refería cefalea de 2-3 días de evolución. Como antecedentes: hepatopatía alcohólica y estenosis del canal lumbar con hernia discal L5-S1, sin tratamiento habitual. Fue trasladado al centro de salud para exploración y toma de constantes: TA 180/90 mmHg. Durante la exploración sufrió nuevo síncope de 3-5 minutos de duración con relajación de esfínteres y cortejo vegetativo. Persistencia de cefalea occipital, que empeora con la tos o esfuerzos. No fiebre. No focalidad neurológica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Ante la presencia de signos de alarma, se decidió traslado a hospital de segundo nivel para valoración y realización de prueba de imagen, con la que confirmaron extensa HSA bilateral con incipientes signos de tensión hidrocefálica consecutiva. Con el paciente estable con Glasgow 15 en todo momento, se trasladó a hospital de tercer nivel para tratamiento por Neurocirugía o Radiología intervencionista.

**Orientación diagnóstica:** El primer paso al evaluar un paciente que consulta por cefalea debe ser descartar una cefalea secundaria. La anamnesis será vital para un buen diagnóstico. El examen neurológico es obligatorio y debe evaluar el estado mental, lenguaje, isocoria, paresias, reflejos y signos meníngeos. Un examen físico normal no excluye una patología secundaria.

**Diagnóstico diferencial:** Existen señales de alarma que nos hacen sospechar de causas secundarias: inicio súbito y grave de cefalea, inicio en mayores de 50 años, cefalea de inicio reciente (menos de 6 meses), empeoramiento progresivo o cambio en carácter de una cefalea, alteración en el examen neurológico, antecedentes de neoplasia o VIH/sida, TCE reciente, cefalea y fiebre sin foco, cefalea y convulsiones, cefalea que despierta en la noche o se agrava con ejercicio y cefalea y vómitos.

**Comentario final:** Según la anamnesis, la presencia de señales de alarma o alteraciones del examen físico, se debe valorar complementar la aproximación diagnóstica con pruebas de imagen, TAC o RMN, que descartan gran parte de las causas secundarias de origen neurológico.

### Bibliografía

1. Cid ML. Headaches, assessment and initial management. Rev Med Clin Condes. 2014;25(4):651-7.

**Palabras clave:** Cefaleas secundarias. Hemorragia subaracnoidea.