

## 424/191 - MI PEOR MIGRAÑA

B. Serrano Tendero<sup>1</sup>, C. Serrano Aguadí<sup>2</sup>, M. Núñez Cueto<sup>3</sup> y C. López Ruiz<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid. <sup>2</sup>Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palacio de Segovia. Madrid, <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de El Escorial. Madrid. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdezarza. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 54 años con antecedentes de migraña que acudió a su Médico de Atención Primaria por presentar cefalea holocraneal intensa de comienzo brusco, de tres horas de evolución, acompañada de sonofobia y fotofobia. Presentó un vómito aislado, sin alteración de la conciencia ni otra patología significativa.

**Exploración y pruebas complementarias:** Neurológico: Glasgow 15. Consciente y orientado en las 3 esferas. Pupilas isocóricas, normorreactivas. Pares craneales normales, no afasia, no disartria, no dismetrías ni disdiadiocinesias, sensibilidad conservada, fuerza V/V, marcha estable, Romberg negativo. Signos meníngeos Kerning y Bruzinsky positivos. Hemodinámicamente estable. Resto sin hallazgos significativos. Se derivó a Urgencias para realización de pruebas complementarias. Analítica: Hb 13,80, INR 1,21, T.P.: 15,90 segundos (11,50-15,50). TAC craneal: hematoma talámico izquierdo y hemorragia intraventricular que implica de manera difusa a todo el sistema ventricular, con contenido hemático en cisterna magna. Arteriografía vía vena femoral: malformación arteriovenosa profunda izquierda de 15 mm, sin aneurismas. El paciente permaneció estable en UCI, evolucionando sin incidencias.

**Orientación diagnóstica:** Hemorragia intraparenquimatosa profunda periventricular izquierda con drenaje a ventrículos y nido malformativo arteriovenoso en su seno.

**Diagnóstico diferencial:** Ictus hemorrágico. Hemorragia subaracnoidea. Meningoencefalitis aguda. Migraña.

**Comentario final:** La hemorragia intraventricular primaria supone únicamente el 3% de las hemorragias cerebrales espontáneas. La sospecha aparece ante el inicio súbito de cefalea, náuseas, vómitos y alteración o no del nivel de conciencia. Se detectan signos meníngeos, signo de Babinski bilateral y ausencia de focalidad neurológica. El diagnóstico y etiología se confirman mediante tomografía computarizada cerebral y arteriografía. Las malformaciones vasculares son la causa en un 34% de los casos. También la HTA o aneurismas, y en un 21% resultan idiopáticas. El pronóstico empeora en edades avanzadas, si existe disminución inicial del nivel de conciencia o si aparece hidrocefalia obstructiva. No existe tratamiento específico, siendo lo principal el control de la hipertensión arterial. Cabe destacar el papel del médico de Atención Primaria como primer escalón asistencial de patologías de gravedad variable, quien detectó precozmente signos de alarma mediante la clínica y una exploración neurológica exhaustiva.

### Bibliografía

1. Kase CS, Shoamanesh A. Intracerebral Hemorrhage. Bradley's Neurology in Clinical Practice. 2016;66:968-82.
2. Martí-Fábregas J, Martí-Vilalta JL. Hemorragia Ventricular Primaria. Rev Neurología. 2000;31:187-91.

**Palabras clave:** Cefalea brusca. Hemorragia intraventricular. Malformación arteriovenosa.