

## 333/86 - MY BRAIN...HURTS

F. Pedroche González<sup>1</sup>, D. Palacios Martínez<sup>2</sup>, M. Montes Beloso<sup>3</sup>, A. Pelaz Calle<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Hospital Universitario de Getafe. Centro de Salud Sector III. Madrid.<sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Sector III. Madrid. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Madrid. <sup>4</sup>Enfermero. Hospital Virgen del Mar. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 60 años que acude a consulta por cefalea intensa de 1 semana de evolución. Inicio brusco. Pulsátil, constante, localización frontobiparietal con occipitocervicalgia asociada que interfiere en el descanso nocturno y empeora con los movimientos y el Valsalva. Asocia mareo con sensación de giro de objetos, inestabilidad de la marcha y náuseas sin vómitos. Acudió a Urgencias donde fue diagnosticada de vértigo periférico y se resolvió tras maniobra de recolocación de otolitos, persistiendo la cefalea con escasa respuesta a analgesia. No otra focalidad neurológica. No otra sintomatología. Antecedentes Personales: No alergias. Hipertensa, diabética, dislipémica. Carcinoma ductal in situ + papiloma ductal atípico en mama derecha, tratado con tumorectomía + radioterapia en 2010 y tamoxifeno.

Tratamiento habitual: Manidipino 10 mg/24h, Olmesartan 20 mg/24h, Simvastatina 20 mg/24h, Carbocal D 1 comprimido al día.

**Exploración y pruebas complementarias:** Neurológica: Glasgow 15/15. Consciente, orientada y colaboradora. Lenguaje fluido, bien articulado, contenido coherente. Campimetría por confrontación normal. Pupilas isocóricas normorreactivas. V par motor y sensitivo normal. No paresia facial. Pares bajos conservados. Fuerza conservada. Tono muscular conservado. Reflejos osteotendinosos conservados. Sensibilidad táctil conservada. No dismetría ni disdiadococinesia. Rigidez nucal. Kerning y Brudzinski negativos. TC craneal: hiperdensidad que sigue la morfología de un surco temporal izquierdo sugerente de hemorragia subaracnoidea (HSA).

**Juicio clínico:** HSA espontánea con aneurisma en arteria cerebral media izquierda.

**Diagnóstico diferencial:** Vértigo posicional paroxístico benigno, migraña, HSA.

**Comentario final:** La HSA es una patología grave, con una mortalidad del 22% y que aumenta hasta el 26% en las de causa aneurismática. Además, su presentación clínica abarca un amplio espectro de síntomas, siendo el más característico la cefalea de inicio súbito. Es por ello que resulta de gran importancia el conocimiento de sus formas de presentación así como su correcto manejo, con el fin de realizar un diagnóstico temprano que mejore el pronóstico de estos pacientes.

### Bibliografía

Vivancos J, Gil F, Frutos R, Maestre J, García-Pastor A, Quintana F., et al. Guía de actuación clínica en la hemorragia subaracnoidea. Sistemática diagnóstica y tratamiento. Neurología. 2014; 29: 353-370.

**Palabras clave:** Cefalea. Hemorragia subaracnoidea. Aneurisma cerebral.