



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

413/10 - CEFALEA BRUSCA SÚBITA TRAS ESFUERZO FÍSICO PREVIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Martínez Cabrera¹, E. Hermida Campa², S. Barceló Martínez³, A. Alameda Torres³, M. García de la Infanta Ruiz⁴, C. Barberá Butrón⁵

¹Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Novelda. Alicante. ²Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Novelda. Alicante. ³Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Novelda. Alicante. ⁴Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Novelda. Alicante. ⁵Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Novelda. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 38 años. No RAMC. HT: Fumador de 10 cigarrillos/día, consumo etílico esporádico. No IQ. Ansiedad en tratamiento con diazepam 5 mg/12h, sin otros antecedentes de interés. Acude al PAC por cuadro de cefalea occipital de inicio súbito con rigidez corporal y pérdida de conocimiento posterior de unos 5 minutos de duración mientras mantenía relaciones sexuales con su pareja, recuperación espontánea progresiva. No fiebre. Náuseas y un vómito de contenido alimenticio posterior al cuadro. No pérdida de control de esfínteres. No movimientos tónico-clónicos. No mordedura de lengua. No dolor torácico, disnea o palpitaciones. Refiere episodios de cefalea con el ejercicio desde hace meses pero sin pérdida de conocimiento. Se deriva al hospital

Exploración y pruebas complementarias: TA (mmHg): 211/101, segunda toma 140/101. FC:(lat/min): 67.T (ºC): 35,8. REG, ansioso. Consciente y orientado aunque con tendencia al sueño. Glasgow 14. Lenguaje conservado. Pupilas isocóricas y normoreactivas. No signos de irritación meníngea. No rigidez de nuca. Pares craneales normales. Motilidad ocular externa normal. Extremidades: motilidad, tono y sensibilidad conservada. AC: rítmico sin soplos AP: MVC sin ruidos sobreñadidos Abdomen anodino AS: Leucocitos 17.400, neutrófilos 90,6%. Orina: eritrocitos: 150/c. Glucosa positivo. Tóxicos en orina: positivo para marihuana Rx tórax: sin alteraciones. ECG: ritmo sinusal a 60 lpm, bloqueo incompleto de rama derecha. TAC craneal/angiotac Willis: HSA asociada a HIV, hidrocefalia y edema cerebral difuso. Aneurismas en ACoP, bifurcación de la ACM y dudoso en la AcaA Tras el TAC el paciente presenta cuadro de agitación y deterioro neurológico, por lo que se decide IOT. Se avisa al 112 para traslado en SAMU al servicio de neurocirugía del hospital de referencia, donde se le realiza angiografía diagnóstica y terapéutica.

Juicio clínico: Hemorragia subaracnoidea espontánea asociada a aneurismas cerebrales múltiples, hemorragia intraventricular, hidrocefalia y edema cerebral difuso.

Diagnóstico diferencial: Migraña complicada, meningitis, encefalitis, LOE cerebral,

Comentario final: Aunque la gran mayoría de los casos de HSA de producen durante el sueño o el reposo, se debe sospechar ante cuadro súbito de cefalea brusca y esfuerzo físico previo (coito, defecación, tos, estornudos...).

Bibliografía

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5^a ed. Barcelona. Elsevier España. 2015.

Palabras clave: Cefalea. Aneurisma. HSA