



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

253/38 - ¡DOCTOR, ME VA A ESTALLAR LA CABEZA!

C. Fortuny Henríquez^a, M. Arques Pérez^b, M. de la Hoz Gutiérrez^c, R. López Sánchez^d, S. Díez Martínez^e, Á. González Díaz-Faes^f, L. de la Fuente Blanco^g, A. Fernández Serna^h y L. Gómez Ruizⁱ

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla Hermida. Santander. ^bMédico de Familia. SUAP Sardinero. Santander. ^cMédico de Familia. SUAP Santander. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^eMédico de Familia. SUAP Alisal. Santander. ^fMédico Residente de 4º año de Endocrinología. HUMV. Santander. ^gMédico Residente de 4º año de Cardiología. HUMV. Santander. ^hMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. ⁱMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 62 años con antecedente personales: dislipemia, artrosis, glaucoma; Fumadora 40 paquetes/año. Acude a consulta de atención primaria por episodio de cefalea súbita holocraneal de 4 días de evolución. Acompañada de leve rigidez cuello, un episodio de vómito. Tratada con AINEs y opioides sin mejoría. No lo relaciona con el esfuerzo ni otro desencadenante. Se deriva a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: TA 160/90; FC 50 lpm; Saturación 98%; Afebril. Exploración neurológica sin focalidad. Signos meníngeos negativos. Pruebas complementarias: laboratorio normal; TAC craneal sin contraste: se visualiza componente de HSA de predominio hemicisterna supraselar izquierda que se extiende hacia hoz cerebral anterior y hacia hemicisterna prepontina ipsilateral. También componentes de HSA en surcos de la convexidad altas bilaterales, surcos frontoparietales izquierdos y en porción posterior de la ínsula. Tras la administración contraste se visualiza aneurisma de morfología sacular que parece dependiente de la arteria comunicante anterior

Juicio clínico: Hemorragia subaracnoidea aneurismática.

Diagnóstico diferencial: Cefalalgias y algias faciales de causa no neurológica (sinusitis, glaucoma, otitis, síndrome de Costen); cefaleas agudas: hematoma epidurales/subdurales, cefalea tensional, migraña, cefalea histamínica, cefalea origen ORL/ocular, cefalea postcoital, arteritis de la temporal, disección carotídea; Cefaleas crónicas: infecciones subagudas del SNC, tumores cerebrales, hipertensión intracraneal benigna, cefalea tensional, migraña.

Comentario final: La paciente evolucionó satisfactoriamente tras embolización del aneurisma. La cefalea es uno de los motivos más frecuentes de consulta en atención primaria. Una detallada anamnesis, exploración neurológica y sistémica darán las claves diagnósticas. En caso de duda diagnóstica o sospecha de cefalea secundaria el médico de atención primaria tendrá que derivar el paciente para que sea estudiado el servicio de neurología. Se hará en mayor o menor urgencia en función de la presencia de signos de alarma (inicio súbito, edad tardía, progresiva intratable, no permitir descanso nocturno, deterioro nivel conciencia, meningismo, precipitada por esfuerzos/tos/cambio postural, oncológicos...). Entre las pruebas complementarias (analítica,

TC craneal, punción lumbar, RM craneal). El tratamiento de las cefaleas hay que individualizarlo dependiendo de tipo de cefalea y de las características.

Bibliografía

1. Heras Pérez JA, ed. Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas 2009.
2. Grupo de Estudio de Cefaleas. Sociedad Andaluza de Neurología. Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2006. Grupo de Estudio de Cefalea. Barcelona: Ergon S.A.; 2006.

Palabras clave: Cefalea. Hemorragia subaracnoidea.