



160/1684 - UNA CONTRACTURA CERVICAL DIFERENTE

C. Bravo Lucena^a, F.J. Roquette Mateos^a, F. Soriano Gómez^b, I. Gómez Bruque^a y A. Moscoso Jara^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azahara-Occidente. Córdoba. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 32 años sin alergias medicamentosas conocidas y sin antecedentes médicos de interés. En tratamiento con anticonceptivos orales desde hace un año. Acude por presentar de forma brusca en reposo (mientras hablaba por teléfono sentada) una cefalea intensa en región occípito-cervical acompañada de náuseas, que ella describía como lancinante, diferente a sus contracturas cervicales habituales. No fiebre. No vómitos. No afectación del nivel de conciencia ni síntomas vertiginosos.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado de conciencia. Orientada en las 3 esferas. Habla y lenguaje conservado. Afebril. Rigidez de nuca con signos de Kerning y Brudzinsky. Pares craneales: MOI Y MOE normales. Facial centrado. Resto normales. Motor: no claudica en Barré ni Mingazzini. Balance muscular conservado en 4 miembros. ROT+, simétricos. RCP flexores. Sensitivo: sin alteraciones. Coordinación: no disimetría. Marcha: sin alteraciones. TAC craneal urgente: sin alteraciones patológicas. Analítica urgente: hemograma, coagulación y bioquímica dentro del rango de la normalidad. Se realiza una punción lumbar. Citoquímico LCR: 118.100 eritrocitos, 141 células (45%L), glucosa 53, proteínas 83, ADA 0,7. Ampliación de analítica: autoinmunidad normal. Arteriografía diagnóstica-terapéutica: no se aprecian malformaciones vasculares ni aneurismas. TAC craneal control: sin alteraciones patológicas. Punción lumbar y citoquímico de LCR de control: 46.000 eritrocitos, 65 leucocitos (81% linfocitos), glucosa 48, proteínas 35, ADA 0,9. Tras centrifugado queda demostrada la xantocromía por espectrofotometría (laboratorio de hematología). PCR en LCR de meningitis bacteriana, enterovirus, listeria y encefalitis herpética: negativas. RMN medular: dentro de la normalidad.

Juicio clínico: Hemorragia subaracnoidea espontánea sin evidenciarse malformación vascular.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico de esta patología debe establecerse con etiologías infecciosas causantes de síndrome meníngeo, especialmente meningitis purulentas. En segundo lugar con cefaleas benignas tales como migrañas y cefaleas tensionales. En tercer lugar con cuadros productores de déficit de conciencia con o sin signos focales neurológicos: Hematomas intra parenquimatosos espontáneos del hipertenso, procesos infecciosos tales como meningoencefalitis o abscesos.

Comentario final: La hemorragia subaracnoidea es, por su elevada morbimortalidad y sus

devastadoras consecuencias, una verdadera emergencia neurológica. Lo principal en esta patología es pensar en su existencia para poder diagnosticarla. En este caso presenciamos una cefalea súbita afebril con intensa rigidez de nuca y náuseas en la que al realizar una correcta exploración neurológica nos hace llegar a una sospecha diagnóstica y a la consecuente realización de punción lumbar, que es que es la prueba diagnóstica definitiva ya que se observa líquido hemático similar en los 4 tubos que se extraen y que, como hemos visto, el resto de las pruebas complementarias resultaron normales. La mayoría de las HSA se produce por traumatismo encéfalo-craneano. Dentro de las HSA espontáneas el 80% resulta de la ruptura de aneurismas. El 20% restante es consecuencia de no se objetiva la causa se sangrado, como en el caso que presenciamos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Van Gijn J, Rinkel GJE. Subarachnoid haemorrhage: diagnosis, causes and management. *Brain*. 2001;124:249-78.
2. Bonita R, Thomson S. Subarachnoid haemorrhage: epidemiology, diagnosis, management, and outcome. *Stroke*. 1985;16:591-4.
3. Foot C, Staib A. How valuable is a lumbar puncture in the management of patients with suspected subarachnoid haemorrhage?. *Emerg Med*. 2001;13(3):326-32.