



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/1435 - ANTICOAGULAR O NO ANTICOAGULAR, ESA ES LA CUESTIÓN

S. Iglesias López<sup>a</sup>, M. Yáñez Palma<sup>b</sup>, M. González Martín<sup>c</sup>, M. Cardeñosa Cortés<sup>d</sup>, L. Cucolini<sup>c</sup> e Y. Domínguez Rodríguez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Águilas. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. <sup>e</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Águilas. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 56 años, no RAMC, hipercolesterolemia tratada con estatinas, una gestación, con cesárea. No abortos. Trabaja en limpieza. 25/01/2017. Acude al C.S. por cefalea pulsátil continua de 6 días, asociando náuseas que no cede con AINEs. No traumatismos. TA 185/85. Exploración neurológica normal. Se administran AINE y benzodiazepinas i.m. con mejoría. TA 138/78. Alta. 26/01/2017. Acude a Urgencias por empeoramiento clínico, vómitos e inestabilidad de la marcha. Exploración neurológica normal. TAC craneal: hematomas subdurales subagudos crónicos, con un grosor el derecho de 18 mm y signos de resangrado agudo, el izquierdo es de 7 mm. Desviación de línea media hacia la izquierda de 9 mm. Tras 24 horas de observación y tratamiento corticoideo, se encuentra asintomática, no desea intervención quirúrgica. Alta y control ambulatorio. 6-2-2017 y 14-2-2017. Acude a consultas, asintomática. 23/02/17. Empeoramiento clínico con inestabilidad, lateralización izquierda y edema de MII, no disnea. Ingreso en Neurocirugía. Angiografía-cerebral: no se observan fístulas, aneurismas ni MAV, resto sin cambios. Eco-Doppler-venoso: TVP extensa en MII. TAC tórax: TEP-submasivo bilateral. Se decide colocación de filtro de vena cava. 25/02/2017. Se procede a drenaje quirúrgico de hematomas subdurales. 27/02/2017. TAC cerebral: control posquirúrgico, disminución de las colecciones subdurales. 29/02/2017. Traslado a MIN. Estudio neoplásico negativo, estudio inmunológico negativo, estudio de coagulación normal. 10/03/2017. Alta con revisión para valoración anticoagulación. 23/03/2017. Acude a urgencias con clínica de TVP en MID. Ingreso en MIN. Eco-doppler-venoso: TVP extensa MID. Valorando riesgo beneficio se decide iniciar anticoagulación con HBPM. 30/03/2017. TAC craneal: mejoría radiológica de las colecciones extraaxiales subdurales hemisféricas. Alta a domicilio manteniendo HBPM. 4-5-17. Retirada de filtro de vena cava.

**Exploración y pruebas complementarias:** Descrito.

**Juicio clínico:** Estatus migrañoso, hematoma subdural bilateral, enfermedad tromboembólica.

**Diagnóstico diferencial:** Síndromes paraneoplásicos (síndrome de Trousseau), disfibrinogenemias, CID, hepatopatía crónica, LES, trombocitemia esencial, policitemia vera, patología obstétrica.

**Comentario final:** La cefalea es uno de los motivos de consulta que más presión asistencial generan en AP y en SUH, si bien la mayoría de las veces es una patología benigna hay que descartar patología aguda urgente. Se plantea un dilema en esta paciente dada la clínica que presenta y lo que recomiendan las guías actualmente en enfermedad tromboembólica y HIC. Si bien las guías son un recurso útil, en muchos casos es importante individualizar.

### **Bibliografía**

1. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)

**Palabras clave:** Cefalea. Enfermedad tromboembólica. Hematoma subdural.