



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1241 - ESTE MALESTAR NO ES POR MI ANSIEDAD

L. Iglesias Taboada^a y U. Fernández Robelo^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Os Rosales. A Coruña. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José. A Coruña.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 25 años que acude de forma urgente a nuestro Centro de Salud, por referir cefalea de 2-3 horas de evolución, de inicio brusco, mientras se encontraba sentado, acompañado de acorchamiento de miembros superiores y malestar general. No traumatismo craneoencefálico. No refiere toma de medicación. No clínica en días previos. Como antecedentes personales destacan hábito tabáquico y síndrome ansioso con pensamientos obsesivos.

Exploración y pruebas complementarias: Glasgow 15. Afebril. Hemodinámicamente estable. Exploración neurológica: PICNR, pares craneales conservados. Fuerza, tono y sensibilidad grosos conservados y simétricos en extremidades. No signos meníngeos. No disimetrías. Marcha no explorada por afectación algica del paciente. Se administra analgesia intravenosa y ansiolítico sublingual para control del dolor, sin obtenerse ninguna mejoría, por lo que se decide enviar a Urgencias para valoración y realización de pruebas complementarias. Durante su estancia en Urgencias la exploración física se mantiene sin cambios y hay empeoramiento de la cefalea que se acompaña de dos episodios de vómito. Se decide realización de analítica y TAC craneal, objetivándose hematoma agudo en contexto de malformación arteriovenosa, con compromiso de ventrículo lateral derecho y mínima hernia subfalcial izquierda.

Juicio clínico: Cefalea en contexto de rotura de malformación arteriovenosa.

Diagnóstico diferencial: Ante cualquier cuadro de cefalea se debe buscar un origen primario o secundario. Se descarta origen primario de la cefalea ante las siguientes características: Inicio brusco, intensidad creciente, no respuesta a tratamiento de primera línea y presencia de náuseas y vómitos. En este paciente, que presenta exploración neurológica normal sin clínica infecciosa, pero persistencia de cefalea e incluso empeoramiento a pesar de tratamiento correcto, se decide realización de TAC, buscando un proceso intracraneal que lo justifique.

Comentario final: Es muy importante que desde Atención Primaria sepamos detectar datos de alarma ante una cefalea y realizar una buena anamnesis, exploración física y neurológica de forma minuciosa sabiendo utilizar los recursos que poseemos de forma correcta y cuando los agotemos derivar al servicio de Urgencias para completar y confirmar nuestra sospecha diagnóstica.

Bibliografía

1. Sánchez Martín-Moreno B, Cubilla Salinas M, Yusta Izquierdo A. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la cefalea de reciente aparición en Urgencias. Hospital Universitario de Guadalajara.
2. IANUS.

Palabras clave: Cefalea súbita. Malformación arteriovenosa.