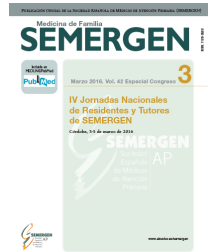




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-276 - DOCTORA, ME VA A ESTALLAR LA CABEZA

L. Redondo Martínez^a, M. González Manso^a, M. López Gómez-Tostón^a, L.D. Zapata Macías^a, M. Macías Espinosa^b y C.M. Gil Martínez^b

^aCS Zona Centro. ^bCS El Progreso.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 27 años que consulta en AP por cefalea y malestar general de dos días de evolución, que achaca a sinusitis. Ha tomado antibiótico y AINE por su cuenta, sin mejoría. No RAMs ni AP de interés. En AF destaca un tío fallecido a los 50 años por “algo de la cabeza”, padre hipertenso, resto sin interés. En anamnesis refiere cefalea holocraneal de intensidad variable, sin criterios de alarma, con mareo, náuseas y fotofobia muy ocasionales, sin lagrimeo. No fiebre termometrada. No sintomatología catarral en días previos. No traumatismos directos. Se objetivan cifras tensionales altas, se solicita una analítica de sangre y orina, y se dan pautas para AMPA. Acude esa tarde a PAC por empeoramiento de la clínica, siendo dado de alta con tratamiento sintomático. Al día siguiente consulta en PAC de nuevo por cefalea y crisis hipertensiva, que se resuelve y se da de alta. Un día después, consulta en Urgencias Hospitalarias con gran empeoramiento de la clínica. En consulta, paciente muy sintomático, con cefalea holocraneal, más intensa en hemicráneo derecho, mareo y fotofobia intensa. Refiere criterios de alarma (interrumpe el descanso nocturno). Durante la exploración, hipotensión y bradicardia. Se solicita ECG y analítica completa con troponinas. Ante resultados analíticos patológicos y no mejoría con tratamiento sintomático, se solicita TAC craneal urgente y, tras el hallazgo patológico, AngioRNM.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Sobrepeso leve. En AP, TA 160/100, FC 80. Afebril. Exploración ORL sin alteraciones. No se palpan adenopatías cervicales, dolor a la palpación de musculatura cervicodorsal derecha. La ACP es rítmica con MVC. En exploración neurológica, vigil, orientado, PICNR, sin focalidad neurológica. Resto sin alteraciones. En PAC, TA 155/100, ECG sinusal a 55 lpm, sin otras alteraciones. En SUH, TA (triaje) 169/102, FC 80. TA (consulta) 106/60, FC 48. ECG: arritmia sinusal a 54 lpm, eje normal, PR normal, QRS estrecho, con elevación de punto J en precordiales, sin otras alteraciones. En analítica, destaca CPK 652, GOT 46, GPT 55, Trop I 1,98 (N 0-0,06). TC craneal: hematoma parenquimatoso temporal derecho y formación sacular en ACM. Angiografía cerebral: Aneurismas en ACM y ACA.

Juicio clínico: HTA no tratada. Hemorragia cerebral. Aneurismas cerebrales congénitos.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión arterial, crisis migrañosa, tumor cerebral.

Comentario final: En una cefalea con evolución errática es muy importante una buena anamnesis centrada en signos de alarma y, ante estos, son necesarias pruebas complementarias, ya que, como se aprecia en este caso, no siempre hay alteración en la exploración neurológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mancia G, et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2013;66:842-7.
2. Manea MM, et al. Eje cerebro-corazón. J Med Life. 2015;8:266-71.