



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 3 - PRESENTACIÓN DE CASOS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA PERIMESENCEFÁLICA

A. Jacinto Martín<sup>a</sup>, S. de las Obras Nasarre<sup>b</sup>, G.J. Cruz Velázquez<sup>c</sup> y E.M. Peña Galo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Almozara. Sector II. Zaragoza. <sup>b</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias; <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Neurología. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrera Ramona. Sector II. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción de los casos:** Caso 1: paciente varón de 58 años, acude por cefalea súbita de predominio occipital con irradiación al vértex y nuca, continuo, opresivo con rigidez cervical. No fiebre, no vómitos. Caso 2: paciente mujer de 64 años DLP. Acude a consulta por cefalea siendo tratada con AINEs. Al día siguiente la paciente no presenta mejoría, la cefalea se intensifica, con localización occipital con irradiación nugal, asociando sensación de inestabilidad, náuseas y vómitos de contenido alimentario, siendo derivada a urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Ambos pacientes presentaron rigidez de nuca y signos de irritación meníngea. El resto de la exploración física y neurológica era normal. Constantes vitales dentro de la normalidad. Bioquímica, hemograma y coagulación dentro de la normalidad. Rx de tórax sin hallazgos reseñables. La TAC craneal evidenció hemorragia subaracnoidea perimesencefálica en ambos casos, en la angiografía cerebral no se objetivó dilataciones aneurismáticas. El DTC no presentó aumento de las velocidades de flujo que sugirieran vasoespasmos. Tras 2 días en unidad de ictus no presentaron complicaciones, son dados de alta tras 12 y 14 días respectivamente. Tratados con nimodipino oral.

**Juicio clínico:** Por las características clínicas de las cefaleas (occipital, irradiación nugal, y signos meníngeos) sin fiebre, la primera posibilidad diagnóstica es una hemorragia subaracnoidea (HSA). Se descarta el vasoespasmos con una de las principales complicaciones de la HSA. La evolución en ambos casos fue favorable.

**Diagnóstico diferencial:** Ante la presencia de un síndrome meníngeo las posibilidades diagnósticas a descartar en la unidad de urgencias son en primer lugar las meningitis, pero en ausencia de fiebre, ni alteración en el hemograma o del estado general de paciente, se plantea la posibilidad de estar frente a una hemorragia subaracnoidea. La cual se confirma mediante TAC craneal, por lo que no fue necesaria la realización de punción lumbar, para descartar otras etiologías.

**Comentario final:** La cefalea en atención primaria en una causa común de consulta. Una adecuada anamnesis puede ayudar a perfilar adecuadamente este tipo de pacientes, como fueron estos casos. En casos donde la clínica se clara y en ausencia de pruebas de imagen, la realización de una punción

lumbar podría estar indicada.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Kapadia A, Schweizer T, Spears J, Cusimano M, Macdonald R. Nonaneurysmal Perimesencephalic Subarachnoid Hemorrhage: Diagnosis, Pathophysiology, Clinical Characteristics, and Long-Term Outcome. *World Neurosurg.* 2014;82:1131-43.
2. Vivancos J, Gilo F, Frutos R, Maestre J, García-Pastor A, Quintana F, et al. Guía de actuación clínica en la hemorragia subaracnoidea. Sistemática diagnóstica y tratamiento. *Neurología.* 2014;29:353-70.