



## 262/343 - UNA CEFALEA DIFERENTE

L. López Menéndez<sup>a</sup>, E. Prieto Piquero<sup>b</sup>, M. Cordero Cervantes<sup>c</sup>, E. Cano Cabo<sup>d</sup>, I. Lobo Cortizo<sup>e</sup> y R. Cenjor Martín<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias. <sup>b</sup>Médico Residente de 3º año. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias. <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año. Centro de Salud de Ventanielles. Oviedo. Asturias. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. Asturias. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año. Centro de Salud de Pola de Siero. Asturias. <sup>f</sup>Médico Residente de 4º año. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 62 años que comienza a primera hora de la mañana con dolor en región frontal, opresivo, que posteriormente se extendió a región cervical alta, por lo que acude a su médico de Atención primaria para valorar, donde comienza con cierto embotamiento y sensación de giro de objetos, náuseas y algún vómito aislado, si fiebre ni otra sintomatología acompañante y exploración sin meníngeos presentes. Se trata inicialmente como un episodio de vértigo. A última hora de la mañana el paciente vuelve con aumento de la sintomatología, sobre todo al hacer esfuerzos, por lo que se le reevalúa, presentando en este momento cierta rigidez nuchal, disminución de fuerza en ESD e inestabilidad para la marcha, por lo que se traslada al Hospital para realización de pruebas de imagen.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente aunque algo desorientado. Cierta rigidez nuchal sin afectación de pares craneales. Fuerza en ESD 3/5. Resto anodino. Pruebas de laboratorio dentro de la normalidad. TAC de cráneo: hemorragia intraparenquimatosa frontal parasagital derecha de 40 × 36 × 35 mm con edema perilesional que condiciona colapso del asa frontal del ventrículo lateral derecho. HSA en ambos surcos silvianos. Vertido hemático al IV ventrículo. Angio-TAC de polígono de Willis: malformación vascular en vena cerebral posterior con varios aneurismas saculares. Arteriografía cerebral: fístula dural en fosa craneal anterior a través de arterias meníngeas de ambas oftálmicas.

**Juicio clínico:** ACV hemorrágico secundario a fístula dural en fosa craneal anterior. HSA secundaria a rotura de aneurisma venoso por fístula dural.

**Diagnóstico diferencial:** Meningitis aguda. Ictus isquémico. Tumor cerebral.

**Comentario final:** El paciente ingresó en UCI con posterior traslado a Neurocirugía, realizándose abordaje interhemisférico frontopolar y desconexión de origen dural etmoidal de los crisoides venosos. Durante su estancia realizó una fiebre de origen desconocido que se cubrió con antibioterapia de alto espectro, remitiendo a las 24h.

## Bibliografía

1. Fuentes B, Ruiz Ares G, Díez Tejedor E. Protocolo de tratamiento del ictus hemorrágico agudo. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2015;11(71):4288-91.
2. Rank W. Hemorragia subaracnoidea aneurismática: guías clínicas. *Nursing (ed esp)*. 2014;31(2):30-8.