



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

423/143 - REPETIDAS VISITAS TIENEN QUE ALARMAR

J. González Fernández¹, D. Martínez Revuelta², J. Bustamante Odriozola³, M. Maamar El Asri⁴, B. Gutiérrez Muñoz⁵

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo. Reinosa. Cantabria. ²Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Camargo. Cantabria. ³Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria. ⁴Médico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Camargo. Cantabria. ⁵Médico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 48 años, que como antecedentes de interés presenta tabaquismo activo (10 paquetes/año) e hipertensión arterial (HTA) en tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs). Intervenida quirúrgicamente de apendicectomía y una cesárea. Es la tercera visita a urgencias en una semana por cefalea de predominio occipital, que relaciona con estrés laboral, sin fiebre, ni otra sintomatología focal, que asocia náuseas y que no ha terminado de controlarse con analgésicos habituales (naproxeno, metamizol y tramadol/paracetamol). Mientras está trabajando (profesora de baile), comienza de forma súbita con cefalea en trueno, emesis abundante y episodio sincopal que posteriormente recupera, quedando ligeramente estuporosa, por lo que se avisa al 061 y es trasladada a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada a urgencias impresiona de gravedad, refiriendo el “peor dolor de cabeza de su vida”. Tras la recepción, y de forma súbita, presenta disminución del nivel de consciencia (Glasgow 8), que obliga a intubación orotraqueal (IOT) y estabilización hemodinámica, por crisis hipertensiva (tensión arterial sistólica 220/tensión arterial diastólica 110 mmHg), administrándose 25 mg de labetalol. Tras ello, se realiza TAC craneal, que objetiva hemorragia subaracnoidea (HSA) extensa en la cisura de Silvio bilateral y surcos frontales izquierdos, así como en cisternas basales, con componente hemático en ventrículos laterales, tercer y cuarto ventrículo. En angio-TC, aneurisma sacular de cuello estrecho y con un saco de 7 mm de fondo en segmento precomunicante de arteria carótida interna izquierda. Se contacta con radiología intervencionista. procediéndose a embolización con posterior traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Juicio clínico: Cefalea centinela. HSA aneurismática.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible. Hidrocefalia. Neoplasias cerebrales. Meningitis bacteriana.

Comentario final: La cefalea centinela es aquella producida por un pequeño componente de

sangrado subaracnoideo de inicio súbito y recuperación posterior, que puede ocurrir semanas o días antes de una hemorragia subaracnoidea. Su duración suele ser recortada y su reconocimiento difícil si no asocia otros déficits neurológicos focales al episodio en cuestión. Suele ser confundida con una cefalea tensional por su localización y características iniciales, como fue el caso de esta paciente. Destacar también en este caso la presentación típica de la HSA final en el contexto de actividad física (realizando clase de baile).

Bibliografía

Linn FH, Wijdicks EF, van der Graaf Y, Weerdesteyn-van Vliet FA, Bartelds A, Gijn JV. Prospective study of sentinel headache in aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Lancet*. 1994;344(8922):590-3.

Suarez JI, Tarr RW, Selman WR. Aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *N Engl J Med*. 2006;354(4):387-96.

Perry JJ, Stiell IG, Sivilotti ML, et al. Clinical decision rules to rule out subarachnoid hemorrhage for acute headache. *JAMA*. 2013;310(12):1248-55.