



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/965 - CEFALEA COMO SÍNTOMA GUÍA DE MALFORMACIÓN VASCULAR EN PACIENTE HIPERTENSA

M.R. Martos Castillo^a, A.B. Bárcena Atalaya^b, E.M. Ortega Hidalgo^c, M.M. Carricondo Avivar^d y J.D. Moreno Macías^e

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla. ^bMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera.

^dMédico Residente 3º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera.

^eMédico Residente 3º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 59 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y síndrome apnea del sueño en tratamiento con CPAP que consulta a urgencias de centro de salud por cefalea occipital de 2 días de evolución, iniciada tras discusión familiar, con retirada voluntaria de la toma de antihipertensivo e hipnóticos que venía tomando; en esta visita se objetivó tensión arterial 180/90 mmHg, por lo que administran antihipertensivo oral, y recomiendan acudir a su médico de familia. Tres días después, acude a consulta de médico de familia por dicho motivo, realizándose ajuste de medicación antihipertensiva, y abordaje de la problemática familiar, mientras la cual, la paciente presenta intensificación de la clínica, seguido de presíncope, rubefacción facial y cifras tensionales 200/100 mmHg; se administra analgesia y antihipertensivos, sin mejoría, salvo disminución de cifras tensionales.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada a consulta aceptable estado general, normocoloreada y eupneica, con tensión arterial 140/80 mmHg. Tras presíncope, presenta tensión arterial 200/100 mmHg, exploración abdominal, cardiorrespiratoria y neurológica dentro de la normalidad. Se realiza electrocardiograma (ritmo sinusal a 72 lpm, sin datos de isquemia aguda ni bloqueo auriculoventricular). Dado que tras medicación no presenta mejoría, se decide derivar a urgencias hospitalarias, realizándose TAC craneal, en el que se visualiza hemorragia subaracnoidea de la convexidad temporoparietooccipital izquierda sin evidenciar la causa; se realiza ingreso en neurología, durante el cual se realiza arteriografía arteria carótida intracraneal bilateral y arteria vertebral bilateral sin hallazgos y RM cerebral donde se observa cavernoma cortical temporal posterior izquierdo.

Juicio clínico: Hemorragia subaracnoidea espontánea temporoparietal izquierda secundaria a malformación vascular (cavernoma).

Diagnóstico diferencial: Ictus hemorrágico o isquémico; disecciones arteriales; migraña; hipertensión intracraneal; migraña crónica; cefalea tensional; cefalea por abuso de medicamentos;

neuralgia; arteritis de la temporal; secundaria a infecciones intracraneales/traumatismo craneoencefálico/hipotensión intracraneal/ingesta o abstinencia de fármacos/trombosis de senos venosos, venas centrales o disección aórtica.

Comentario final: La hemorragia subaracnoidea es el ictus que cualitativamente presenta una mayor morbimortalidad (45% de los pacientes fallece en el primer mes), y entre los factores de riesgo se encuentran la hipertensión arterial (como ocurre en nuestro caso) y el consumo de tabaco y alcohol. Uno de los problemas fundamentales que se observan es el retraso de su diagnóstico, ya que al ser la clínica inespecífica o habitual, los pacientes no acuden al médico o bien son diagnosticados erróneamente. Por ello, siempre hay que sospecharla ante la clínica de intensa cefalea, de inicio brusco, que se asocia a náuseas, vómitos, síncope y/o déficit neurológico focal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Augusto E, Marqués Álvarez L, Taboada Costa F. Actualización en hemorragia cerebral espontánea. *Medicina Intensiva*. 2008;32(6):282-95.
2. Murillo Cabezas F, Muñoz Sánchez MA. Protocolo Diagnóstico de la hemorragia subaracnoidea. *Medicine*. 2007;9(73):4705-7.
3. Jarufe F, Mura J, Rojas-Zalazar D, Ruiz A, Loayza P, Holzer F. Neurosurgical Treatment of Central Nervous System Carvenous Angiomas. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2002;40:263-76.