



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/689 - Cefalea de 4 días de evolución en paciente anticoagulada

J. Jurado Ordóñez^a, J.M. Montero López^b, S. Pueyos Rodríguez^c, L. Lozano Romero^a, A. Ocaña Granados^a, M. Aroza Espinar^d y B. Álvarez Lamolda^e

^aMédico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Motril-Centro. Zona Sur II. Granada. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Granada. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Motril. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital Básico General Santa Ana. Motril. Granada. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Motril. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 67 años que consulta en atención primaria por cefalea intensa de dos días de evolución, de predominio occipital, de carácter no pulsátil y sin foto ni sonofobia, ni cortejo vegetativo acompañante. No refirió nuevos hábitos de vida recientemente introducidos ni medicación nueva, tampoco traumatismos en los días previos. La paciente no solía sufrir de cefaleas tan intensas con anterioridad, y como únicos antecedentes destacaba ACxFA, para la cual estaba en tratamiento con acenocumarol, e HTA con buenos valores de tensión arterial. Se procede a medición de la tensión arterial: 210/110 mmHg. Se administra captopril 25 mg sublingual y metamizol. A la media hora se consigue valores tensionales aceptables (145/85). Se asume que la cefalea es secundaria a crisis hipertensiva, se reajusta tratamiento hipotensor y se le pauta metamizol para control del dolor. Se le aconseja que esa tarde se tome de nuevo la tensión arterial y que vuelva al día siguiente a consulta para revisión. La paciente acude de nuevo al día siguiente refiriendo que, pese a ausencia de dolor la tarde anterior, durante la noche comenzó de nuevo con cefalea intensa con las mismas características que en los tres días previos, la cual no respetaba el sueño. Se procede a mediciones tensionales: 220/105 mmHg. Se decidió derivación a Urgencias Hospitalarias para valoración y realización de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: En el servicio de Urgencias no se encuentra focalidad neurológica. Analíticamente todos los parámetros, incluyendo el INR, dan resultados dentro de rangos de normalidad. Se decide realización de TC craneal por la persistencia del dolor y la toma de acenocumarol, objetivándose hematoma subdural en región parietal derecha.

Juicio clínico: Cefalea secundaria a hematoma subdural.

Diagnóstico diferencial: Cefalea tensional, status migrañoso. Cefalea secundaria a crisis hipertensivas. Cefalea de origen vascular; hemorragia/hematoma, ictus, trombosis de senos. Neuralgias: Arnold, postherpética. Arteritis de células gigantes. Tumores: primarios o metástasis. Pseudotumor cerebri. Meningitis.

Comentario final: Se deriva a la paciente a Neurocirugía, donde dos días después es intervenida

para drenaje de hematomas mediante trepanación. Sospechar hemorragia cerebral en paciente con cefalea de días de evolución y que reciba tratamiento anticoagulante, pese a que no exista antecedente traumático. Signos de alarma ante una cefalea donde estaría indicada prueba de imagen. Cefalea de nueva aparición en paciente anciano. Cefalea de intensidad progresiva y con aumento en su frecuencia. Episodio de cefalea de intensidad máxima o de inicio brusco. Cefalea de inicio en paciente con factores de riesgo a infección por VIH o cáncer. Cefalea asociada a edema de papila. Cefalea tras traumatismo craneal. Cefalea que empeora con maniobras de Valsalva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª ed. Madrid: Elsevier; p. 20.