



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1991 - EL RETORNO DE LA CERVICALGIA

M. Espada Zurera<sup>a</sup>, R. Collado Suárez<sup>b</sup>, P. Lardiés Uriol<sup>a</sup>, A. Garrido Vicente<sup>c</sup>, J. Gutiérrez Martín Arroyo<sup>d</sup> y B. Martínez Villena<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reyes Magos. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Juncal. Torrejón de Ardoz. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Meco. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fronteras. Torrejón de Ardoz. <sup>e</sup>Médico de Familia. FEA del Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 50 años. No RAMC. Hipertensa, dislipémica, poliquistosis renal y depresión mayor en seguimiento por Psiquiatría. Tratamiento habitual: olmesartán, hidroclorotiazida, escitalopram, fenofibrato, omeprazol. Consulta a su médico de familia (MAP) en cuatro ocasiones por dolor cervicodorsal y cefalea holocraneal que define como "la peor de su vida", náuseas y vómitos, siendo derivada al Servicio de Urgencias y diagnosticada de cervicodorsalgia y ansiedad en repetidas ocasiones, hasta que en la última visita presenta fiebre de 39 °C. Ante la sospecha de meningitis se inicia ceftriaxona, vancomicina, ampicilina y nimodipino. Se realiza angioTC en el que se sospecha disección endovascular, suspendiendo antibioterapia e iniciando anticoagulación. Posteriormente, se realiza angiorresonancia, sugiriendo hemorragia subaracnoidea (HSA), se retira anticoagulación, manteniendo únicamente corticoterapia. Buena evolución clínica con bajo riesgo de recurrencia: alta domiciliaria y arteriografía de control con seguimiento por su MAP y en consultas especializadas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Apofisalgias cervicales difusas con dolor a la palpación de musculatura paravertebral, meníngeos dudosos. Maniobra de Kernig positiva en la última exploración. Leucocitosis en progresión hasta 17.400. PCR 52. TC craneal sin hallazgos, radiografías sin alteraciones. FO normal. Punción lumbar no traumática: aspecto hemático, presión de apertura normal, xantocromía positiva, glucosa 38, proteínas totales 212, 60% polimorfonucleares, 31% mononucleares. Serologías negativas. Doppler transcraneal: aumento de velocidades ACM derecha. angio-TC: irregularidad y estenosis segmentaria de arteria basilar. Resonancia: HSA con vasoespasma arterial.

**Juicio clínico:** HSA no filiada.

**Diagnóstico diferencial:** Cervicodorsalgia y ansiedad, migraña, meningitis, HSA.

**Comentario final:** Es esencial tener en cuenta los criterios de riesgo en cualquier tipo de cefalea tanto en Atención Primaria como en el Servicio de Urgencias para un correcto diagnóstico diferencial. Destacar la importancia de una buena exploración física para el correcto diagnóstico

pese a los antecedentes personales del paciente. Cabe destacar la existencia de una asociación entre la poliquistosis renal y la debilidad de la pared vascular cerebral a tener en cuenta en estos pacientes.

### **Bibliografía**

1. Tena D, Blancas R, Corral F, Carranza R. Rigidez de nuca (síndrome meníngeo). Diagnóstico y tratamiento médico. Madrid: DTM, 2011:530-43.
2. Liebeskind DS, Saver J. Spontaneous cerebral and cervical artery dissection: Clinical features and diagnosis. UptoDate, 2015.

**Palabras clave:** *Cervicalgia. Hemorragia cerebral. Meningitis. Cefalea.*