



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1229 - Síncope y cefalea con vómitos

S. Moreno Carrasco^a, M. Sierras Jiménez^a, S.F. Morales Rincón^b y E. Barbero Rodríguez^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Salobreña. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 72 años, con antecedentes de absceso cervical complicado con mediastinitis necrosante descendente en 2008. Acude con sus hermanas a atención primaria por pérdida de conciencia de forma súbita mientras paseaba por la vía pública, de duración 1-2 minutos, recuperándose posteriormente con cefalea frontal intensa y varios episodios de vómitos.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada en tiempo, espacio y persona. TA 150/70. Glasgow 15/15. Comportamiento normal. No apraxias ni agnosias. Lenguaje espontáneo. No disartria. PINLA. MOEC. Resto de pares craneales normales. No signos meníngeos. Sistema motor: fuerza 5/5 y sensibilidad normal. No movimientos anormales. No disimetría dedo-nariz. ROT simétricos y conservados. RCP flexor bilateral. Resto de exploración por aparatos normal. Ante las características del síncope y estado poscrítico, se deriva a las urgencias hospitalarias. A su llegada realizan TC de cráneo: hemorragia subaracnoidea generalizada con componente hemorrágico intraventricular en astas occipitales y cuarto ventrículo. Se realiza AngioTC polígono de Willis: formación aneurismática sacular en arteria comunicante anterior con una longitud máxima de aprox. 7,5 mm. Hemograma, bioquímica y coagulación con marcadores cardíacos normales. ECG: ritmo sinusal sin alteración de la repolarización ni segmentos ST. Ante los resultados, se ingresa en UCI. Pautan perfusión de nimodipino a 10 ml/hora, bajando a 5 ml/hora cuando TAS en < 110 mmHg y perfusión analgésica. Realizan arteriografía cerebral-carótida izquierda con abordaje femoral derecha mediante técnica de Seldinger: embolización de aneurisma de arteria comunicante anterior. Evoluciona favorablemente en el servicio de Neurocirugía y se procede al alta a los 10 días con tratamiento antihipertensivo con losartán 50 mg 1 comprimido en el desayuno. A los 6 meses ingresa en Neurocirugía de forma programada para control angiográfico con angioRMN: cierre adecuado del aneurisma.

Juicio clínico: Hemorragia subaracnoidea espontánea aneurismática. Aneurisma sacular lobulado de 7,5 mm en arteria comunicante anterior.

Diagnóstico diferencial: Síncope por ACV vs LOE.

Comentario final: La causa más frecuente de HSA es la ruptura espontánea de un aneurisma cerebral, sobre todo en mujeres de edad comprendida entre 40-60 años.

Bibliografía

1. Guía de Actuación en Atención Primaria, 4ª ed. SemFYC, 2011.

Palabras clave: *Hemorragia subaracnoidea.*