



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2808 - UNA CEFALEA SINGULAR

E. Linares<sup>a</sup>, N. Sebastián Sancho<sup>b</sup> y A. Arias Rodríguez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pintores. Parla. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Liébana. Potes. Cantabria. <sup>c</sup>Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud de Liébana. Potes. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Rumana de 45 años, 2 meses en España, fumadora de 25 cigarrillos al día, HTA sin control, sin MAP en España y barrera idiomática. Refiere cefalea holocraneal de 3 días de evolución sin focalidad neurológica y caída con TCE. Ante TA de 180/110 se deriva al hospital, pero se niega por cuestiones económicas. Pautamos enalapril 10 mg/día y medidas higiénico dietéticas y seguimiento de la TA sin éxito, con recurrencia de cefaleas. Se incrementa enalapril a 20 mg/día. A la semana, sin presentarse a consulta para control, es traída desde su trabajo por náuseas y vómitos, con disminución del nivel de conciencia en consulta. Pautamos captopril, Nolotil y Primperan y se traslada a urgencias del hospital donde, tras analíticas y pruebas de imagen, se evidencia hematoma intraparenquimatoso. Ingresa en UCI para control tensional. Ante el empeoramiento neurológico, se coloca un DVE y se modifica el tratamiento antihipertensivo con mejoría clínica. Al alta se decide mantener sin tratamiento y control por MAP debido a las bajas cifras tensionales que mostraba. Se ha realizado seguimiento y modificación de hábitos higiénico dietéticos, pero mantiene el hábito tabáquico y tensiones de 140/95, por lo que pautamos olmesartán 10 mg. Se realiza desde AP interconsulta a oftalmología y cardiología para valoración, objetivándose retinopatía hipertensiva y HVI.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la segunda consulta, TA 200/120, Glasgow 13 (O: 3, H: 4, M: 6), desviación de la mirada a la derecha. ECG normal. En el hospital: TAC craneal que muestra hematoma en ganglios basales izquierdo abierto a sistema ventricular. Estudio hormonal que descarta feocromocitoma.

**Juicio clínico:** Hematoma en ganglios basales izquierdo abierto a sistema ventricular.

**Diagnóstico diferencial:** Se debe hacer diagnóstico diferencial con todas las posibles causas de HTA maligna: nefropatías parenquimatosas, hipertensión vasculo-renal y causas endocrinas, como el feocromocitoma, hiperaldosteronismo primario o alteraciones tiroideas.

**Comentario final:** El control de FRCV es importante realizarlo de manera estrecha, poniendo especial hincapié en aquellos pacientes con dificultades sociales y económicos, para evitar desenlaces fatales.

### Bibliografía

1. Guía clínica de Hipertensión arterial. [online]. Fisterra.com. (2017). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipertension-arterial/>
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez F. Compendio de Medicina de urgencias, 5ª ed. Barcelona: Elsevier, 2015. pp. 215-20.

**Palabras clave:** Hipertensión arterial. Cefalea.