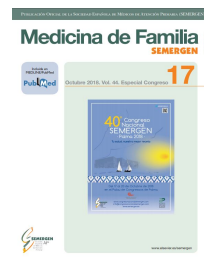




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/360 - CEFALEA DE INICIO DURANTE EL COITO

C. Gómez Ruiz^a, F. Aranda Castejón^a, G. Garibaldi^b y E. Bosquet Celades^c

^aMédico de Familia. ABS Cobllanc. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ^bUrgencias. Hospital Moisès Broggi. Barcelona. ^cABS Sagrada Família. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 44 años sin hábitos tóxicos ni antecedentes. Solicita visita por cefalea de 24 horas de evolución. No presenta cefalea de forma habitual y además añade que es de intensidad elevada, holocraneal con sensación nauseosa y sin sonofobia ni fotofobia. Refiere despertar nocturno y que no ha mejorado tras tratamiento con ibuprofeno y metamizol. Tras realizar interrogatorio dirigido el paciente nos comenta que cefalea se inicio de forma brusca mientras estaba manteniendo relaciones sexuales con su pareja sin pérdida de conocimiento ni otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Normontenso, Afebril. Exploración destaca rigidez nuchal y al caminar con ojos cerrados lateralización de la marcha a derecha. Resto exploración correcta. Analítica con hemograma, bioquímica y coagulación correcta. TC craneal: se observan signos sugestivos de hemorragia subaracnoidea que afecta predominantemente cisternas basales y en menor medida a cisura silviana y surcos de convexidad derechas. Angio-TC craneal: no se aprecian imágenes aneurismáticas ni malformaciones arteriovenosas

Orientación diagnóstica: Hemorragia subaracnoidea.

Diagnóstico diferencial: Hematoma subdural, cefalea por neoplasia.

Comentario final: La gran mayoría de cefaleas que visitamos en centros de salud son cefaleas primarias (95% de casos). Una anamnesis exhaustiva para determinar la presencia de síntomas y signos de alarma que nos orienten hacia una causa secundaria y de forma inmediata estudios complementarios para evitar un retraso diagnóstico que puede conllevar un empeoramiento del pronóstico. Nuestro paciente presenta cefalea brusca de intensidad elevada y tras realizar Valsalva, por lo tanto, varios criterios que nos sugieren que se puede tratar de una cefalea secundaria por los criterios de alarma que se objetivan. Nuestra sospecha se refuerza por una exploración física patológica. Nuestro paciente tras ser remitido a urgencias se realiza TAC y Angio-TAC craneal confirmando hemorragia subaracnoidea (HSA) no aneurismática que dentro de las HSA sólo ocurre en un 10% de los casos.

Bibliografía

1. Zamora V, Alventosa M. Cefaleas y Algias faciales. AMF. 2014;10(6):334-43.

2. Gil JA, González C, Fernández M, et al. Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Neurología (SAN) y Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía). Criterios de derivación. Semergen. 2012;38(4):241-4.

Palabras clave: Cefalea de esfuerzo. Hemorragia subaracnoidea. Meningismo.