



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 204/151 - MENUEDA MIGRAÑA

G.C. Rosario Godoy<sup>a</sup>, A. Nofan Maayah<sup>b</sup>, M. Abuhassira<sup>c</sup>, F. Rey Cascajo<sup>d</sup>, I. Ortiz Lebaniegos<sup>e</sup>, N. Otero Cabanillas<sup>a</sup>, J.J. Parra Jordán<sup>a</sup> y P. Minchong Carrasco<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Sardinero. Santander. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isabel II. Santander. <sup>d</sup>Médico de Familia. SUAP Alisal. Santander. <sup>e</sup>Médico. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 47 años consumidor ocasional de drogas y alcohol, migrañoso, que presenta deterioro progresivo del nivel de consciencia, con cefalea intensa los días previos que cede con automedicación. A la llegada al domicilio el paciente presenta GCS de 4 con movimientos tónico clónicos asociados por lo que se decide I.O.T. y monitorización para traslado a UCI hospitalaria.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la analítica destaca un INR de 1,09, test de tóxicos negativo y se decide realizar TC que evidencia sangrado en surcos frontobasales derechos sin desviación de línea media, respetando parénquima. En el angioTC se objetiva aneurisma en arteria comunicante anterior de 12 × 11 mm, aneurisma en ACM derecha de 5 mm, aneurisma en comunicante posterior izquierda de 4,7 y 2,8 mm de cuello y aneurisma en ACP derecha de 2,6 mm. La angiografía posterior evidencia un aneurisma de 12,5 mm de diámetro y 4,5 mm de cuello, en la unión de arteria cerebral anterior con la comunicante anterior, origen del sangrado.

**Juicio clínico:** HSA Hunt y Hess V, secundaria a aneurisma roto. Crisis epilépticas secundarias.

**Diagnóstico diferencial:** Migraña, cefalea HTA, espondiloartrosis cervical.

**Comentario final:** La HSA constituye el 6-8% de las patologías vasculocerebrales agudas, afecta a pacientes jóvenes (edad media 55 años) y se asocia con una alta morbimortalidad. Las causas más frecuentes de origen atraumático, son las secundarias a roturas aneurismáticas (como en el caso), malformaciones arteriovenosas y en un 15-25% son idiopáticas (mejor pronóstico). Se constata una incidencia de aneurismas rotos de un 6,1 × 100.000 habitantes/año, de ahí la importancia del diagnóstico precoz. Es una enfermedad potencialmente curable que en un 10% de los casos no se diagnostica adecuadamente y que supone una alta tasa de morbimortalidad por esta causa, con alto número de secuelas y cuya incidencia no ha disminuido a diferencia de otras enfermedades cerebrovasculares como el ictus. Los factores de riesgo asociados son la HTA, familiares, drogas y tabaco. Por todo esto es importante la prevención del sangrado del aneurisma con un diagnóstico precoz teniendo en cuenta la clínica y los factores de riesgo. De esta manera en aquellos pacientes jóvenes, con cefalea intensa que refieren como la "peor de su vida", de varios días de evolución

(cefalea centinela) asociando o no rigidez de nuca con deterioro progresivo del nivel de conciencia, nos puede indicar de un aneurisma roto que precede al sangrado masivo, con cefalea más intensa en 1-6 semanas posteriores, deberemos realizar pruebas diagnósticas buscando esta patología. Posteriormente se realizará cirugía con colocación de clip en el cuello del aneurisma o embolización, como es el caso, para evitar resangrados. El paciente fue dado de alta a las pocas semanas con secuelas leves, dado lo tardío del diagnóstico, persistiendo estable en los recientes controles por neurocirugía. La HSA es una emergencia médica, mal diagnosticada, que precisa tratamiento enérgico inmediato e ingreso en unidades especializadas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Neurocirugía. 2011;22:93-115.
2. Protocolo de manejo de la HSA. HUCA 2012
3. Adams HP Jr, Jergenson DD, Kasell NF, Sahs AL. Pitfalls in the recognition of subarachnoid hemorrhage. JAMA. 1980;244:794-6.
4. Guías de actuación clínica en la HSA. Grupo de estudios en enfermedades cerebrovasculares de la SEN 2012.
5. Longstreth WT Jr, Nelson LM, Koespell TD, Van Belle G. Clinical course of spontaneous subarachnoid hemorrhage: A population-based study in King County, Washington. Neurology. 1993;43:712-8.