

Castiñeiras Moracho, Jose Antonio (1); Juarez Barillas, Fernando José (1); Carral Cancela, Rosana (2); Crucelaegui Cabrera, Aranzazu Consuelo (3); Barroso Caballero, Yeanet (3); Ballesteros Perez, Juan Javier (4)  
(1) MIR MFyC CS Cascante (Navarra); (2) MIR MFyC CS Tudela Oeste (Navarra); (3) FEA Servicio Urgencias Hospital Reina Sofia de Tudela (Navarra); (4) Medico de Familia CS Valtierra (Navarra)

San Sebastián 2017  
18-20 Mayo

ID: 588

## Introducción

La Hemorragia Subaracnoidea (HSA) espontánea es más frecuente en mujeres y en personas de raza negra, y su incidencia mayor en >65 años. Su morbimortalidad global es aproximadamente 50% para el primer sangrado y 25% para sangrados sucesivos siendo su mortalidad prehospitalaria entre el 3 y el 26%

## Descripción del caso

### Anamnesis

Varón, 27 años de edad sin antecedentes de interés, refiere desde hace 5 días y coincidiendo con actividad deportiva cefalea frontooccipital con vómitos y sensación vertiginosa ante determinados movimientos cefálicos, afebril. Según el familiar que le acompaña a sufrido cuadros de amnesia.

### Exploración Física

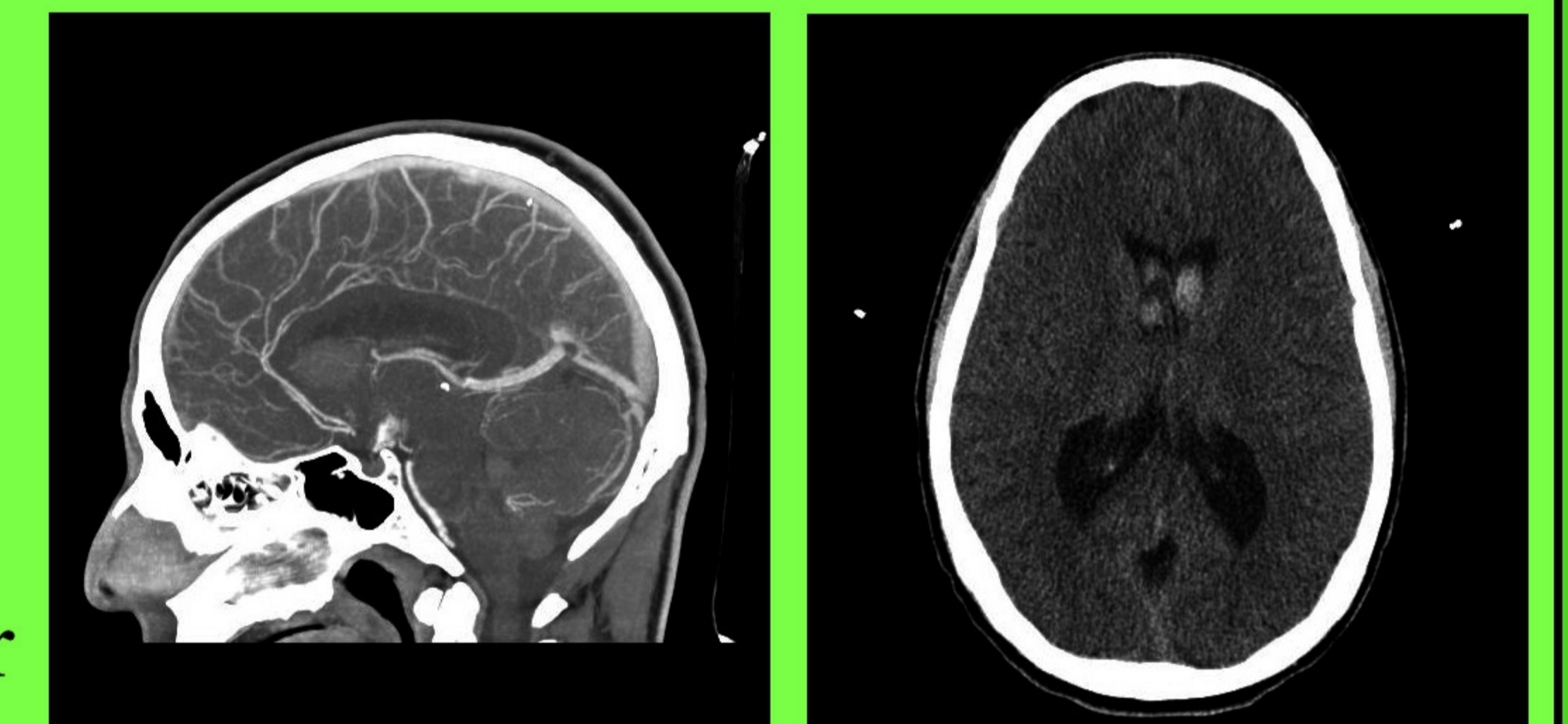
Tensión arterial 124/79; 85 latidos/minuto  
Auscultación cardiotorácica: sin datos significativos  
Abdomen blando y depresible sin alteraciones  
Exploración Neurológica: Glasgow 15; Pupilas isocóricas y normorreactivas, fuerza y sensibilidad conservadas, Roomberg -, ausencia de nistagmus y dismetrias, Rigidez nuchal y leve desviación comisural labial derecha

### Diagnóstico Diferencial

Cefalea Tensional; Vértigo Periférico; HSA

### Pruebas Complementarias

Analítica de Sangre: Sin alteraciones  
TC Craneal: Malformación Vascular Arteriovenosa en base de Cráneo con HSA e hidrocefalia tetraventricular



## Estrategia práctica de actuación

En nuestro ámbito cuadros cefálicos acompañados de características clínicas no habituales como cefalea brusca ante un esfuerzo físico, pérdida de conciencia y rigidez cervical; debe hacernos sospechar una HSA y de esta forma realizar una derivación urgente para estudio hospitalario. La prueba clave a realizar será un TC Craneal que lo confirme de no ser así o ser dudoso se realizara una punción lumbar. Tras confirmar diagnóstico se debe derivar a una unidad especializada con ingreso en la misma bajo indicaciones de reposo absoluto, cabecero a 30°, control analgésico del dolor (Paracetamol, Metamizol,...) y la sintomatología acompañante, así como Nimodipino 60mg/8h y control tensional

## Palabras Clave

Cefalea, Hemorragia Subaracnoidea Espontanea

## Bibliografía

Jimenez Murillo L, Montero Perez F. Medicina de urgencias y emergencias. 4th ed. Amsterdam ; Barcelona [etc.]: Elsevier; 2011.  
Carlavilla Martinez A. B Castelbon Fernandez, F.J, Garcia Sanchez J.I, et al, Editores. Manual de diagnostico y terapeutica medica. 6th ed. Madrid: Luzan 5 (MSD); 2007.