



SOMaMFyC



45 DÍAS CON CEFALEA

Paciente de 72 años de edad, hipertenso, con enfermedad renal crónica estadio 3 nunca estudiada, probablemente por nefroangioesclerosis, y anticoagulado con acenocumarol por enfermedad tromboembólica venosa con trombosis venosa profunda de repetición, consulta por cefalea en zona occipital de 45 días de evolución que no mejora con ningún analgésico de primer escalón. Cree que no ha tenido esta cefalea en el pasado. El dolor no empeora con Valsalva, el decúbito ni con ejercicio físico. Permite el descanso nocturno. No se acompaña de sonofobia ni fotofobia. No debilidad en extremidades ni parestesias. No alteración de la marcha, visual ni del lenguaje. No tiene otra focalidad neurológica. No había consultado previamente por este motivo. La exploración física y neurológica fueron rigurosamente normales.

Teniendo en cuenta varias de estas circunstancias: cambio en presentación clínica, progresión, anticoagulación y no mejoría con analgesia, se decide derivar a urgencias para realización de prueba de imagen.

ESCALA SNNOOP10



| Sign or symptom | Related secondary headaches (most relevant ICHD-3b categories) | Flag color |
|---|---|---------------------------------|
| 1 Systemic symptoms including fever | Headache attributed to infection or nonvascular intracranial disorders, carcinoid or pheochromocytoma | Red (orange for isolated fever) |
| 2 Neoplasm in history | Neoplasms of the brain; metastasis | Red |
| 3 Neurologic deficit or dysfunction (including decreased consciousness) | Headaches attributed to vascular, nonvascular intracranial disorders; brain abscess and other infections | Red |
| 4 Onset of headache is sudden or abrupt | Subarachnoid hemorrhage and other headaches attributed to cranial or cervical vascular disorders | Red |
| 5 Older age (after 50 years) | Giant cell arteritis and other headache attributed to cranial or cervical vascular disorders; neoplasms and other nonvascular intracranial disorders | Red |
| 6 Pattern change or recent onset of headache | Neoplasms, headaches attributed to vascular, nonvascular intracranial disorders | Red |
| 7 Positional headache | Intracranial hypertension or hypotension | Red |
| 8 Precipitated by sneezing, coughing, or exercise | Posterior fossa malformations; Chiari malformation | Red |
| 9 Papilledema | Neoplasms and other nonvascular intracranial disorders; intracranial hypertension | Red |
| 10 Progressive headache and atypical presentations | Neoplasms and other nonvascular intracranial disorders | Red |
| 11 Pregnancy or puerperium | Headaches attributed to cranial or cervical vascular disorders; postdural puncture headache; hypertension-related disorders (e.g., preeclampsia); cerebral sinus thrombosis; hypothyroidism; anemia; diabetes | Red |
| 12 Painful eye with autonomic features | Pathology in posterior fossa, pituitary region, or cavernous sinus; Tolosa-Hunt syndrome; ophthalmic causes | Red |

En urgencias se realiza analítica completa, donde se objetiva una creatinina de 1.48 mg/dl (similar a su basal) y un INR de 2.66.

Se realiza Tomografía axial Computerizada (TC) craneal que demuestra hematoma subdural bilateral frontoparietal y tentorial que provoca importante efecto de masa con signos de herniación uncal bilateral más llamativa en el lado izquierdo.



Se suspende anticoagulación y se revierte con vitamina K. Neurocirugía indica observación 24h y tratamiento con dexametasona 4mg cada 8h (con descenso de dosis progresivo) y alta si no complicaciones para valoración por su parte en consultas. El paciente tiene buena evolución, con mejoría del hematoma, pudiendo reiniciarse anticoagulación.

Nuestro paciente presentaba una cefalea que no cumplía características de cefalea primaria sobre todo porque el paciente inició con la cefalea siendo mayor de 55 años, de gran tiempo de evolución, progresiva y que no mejoraba con analgesia, lo cual son varios datos de alarma que nos pusieron sobre aviso. Una exploración neurológica normal en este caso no era suficiente para descartar alguna causa grave secundaria, siendo la primera sospecha la etiología vascular por las características recién descritas, más aún estando el paciente anticoagulado.