



CATÁSTROFES NEUROLÓGICAS

Cefaleas catastróficas

David Ezpeleta

Servicio de Neurología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

PALABRAS CLAVE

Cefaleas catastróficas;
Criterios de alarma;
Hemorragia
subaracnoidea;
Retraso diagnóstico;
Información al paciente

KEYWORDS

Catastrophic
headaches;
Warning signs;
Subarachnoid
hemorrhage;
Diagnostic delay;
Patient information

Resumen

El dolor de cabeza es un jugador de póquer que con frecuencia esconde un as bajo la manga. Unas veces por la crueldad de la causa, otras por el infortunio y otras tantas por la impericia del clínico o lo sinuoso del camino asistencial, hay procesos que se manifiestan de forma aislada o predominante por un dolor de cabeza cuyas consecuencias pueden ser catastróficas. Este trabajo presenta un somero pero comprometido análisis de algunos de los principales motivos de cefalea catastrófica y pretende sensibilizar al lector sobre la importancia del dolor de cabeza como motivo de consulta y la delgada línea que puede separar lo banal de lo grave, el protocolo del arte y saber poco de saber demasiado.

© 2010 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Catastrophic headache

Abstract

Headache is like a poker player that often hides an ace up its sleeve. Sometimes because of the cruelty of the cause, other times because of misfortune and still others because of clinician error or the various steps involved in accessing healthcare, there are processes that manifest as isolated events or mainly as headache and whose consequences may be catastrophic. This article provides a brief but committed analysis of some of the main causes of catastrophic headache and aims to increase awareness of the importance of headache as a reason for consultation and of the thin line between innocuous and serious processes, between protocol and art, and between knowing too little and knowing too much.

© 2010 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Una mujer de 39 años acude al servicio de urgencias por una cefalea de horas de evolución. Como único antecedente, informa que desde hace años sufre cefalea episódica, probablemente una migraña. La cefalea por la que ahora consulta es sensiblemente distinta a sus episodios previos de dolor de cabeza. Se trata de una cefalea hemicraneal derecha, pulsátil, moderada-intensa y acompañada de sensación de acorchamiento en el lado izquierdo de la cara, un síntoma hasta entonces desconocido para ella. Recibe tratamiento con paracetamol intravenoso y, tras unas horas en urgencias, se le da el alta y vuelve a su casa asintomática. Al día siguiente sufre un estado de crisis tónico-clónicas y llega a urgencias en una ambulancia medicalizada. Pese a lo llamativo de la imagen (fig. 1), y después de haber controlado las crisis, el estado neurológico es bueno, con una exploración neurológica en cama anodina, según reza en su historia clínica. Sin embargo, sufre un rápido y progresivo deterioro neurológico y finalmente fallece. Éste es el paradigma de la cefalea catastrófica.

Siguiendo la definición de “catástrofe neurológica” que hemos propuesto en la presentación de este suplemento, puede hablarse de “cefaleas catastróficas” en aquellas enfermedades primariamente neurológicas o no, manifestadas inicialmente por cefalea como síntoma aislado o cardinal, cuya presentación, manejo o resultado clínico puede ser neurológicamente catastrófico por los siguientes motivos: gravedad del proceso, mala praxis, retraso diagnóstico, efectos adversos graves infrecuentes o inesperados de las pruebas complementarias y el tratamiento y, finalmente, mala suerte.

El listado de cefaleas potencialmente catastróficas es interminable. Por ello, sólo abordaremos los escenarios clínicos que nos parecen más frecuentes, inolvidables, menos obvios o difícilmente justificables en caso de catástrofe.

Criterios de alarma, médicos alarmados y el cuento de Pedro y el lobo

Los criterios de alarma, las consabidas *red flags*, son tan conocidos que, quizá por ello, pueden ser objeto de abuso tanto por exceso como por defecto. Muchos médicos no se sienten cómodos ante pacientes con síntomas “menores” como cefalea y vértigo e incluso una potencial isquemia cerebral focal transitoria de presentación atípica, ya que en tales casos existe la posibilidad de una causa “siniestra” que no siempre es fácil identificar y el diagnóstico diferencial puede y suele ser muy amplio¹⁻⁴. Además, no son pocos los que se sienten incómodos al solicitar pruebas complementarias que con mayor probabilidad serán normales, acaso por temer un demérito en su prestigio ante sus colegas clínicos y radiólogos. ¿Le pido una TC? ¿Opto directamente por una RM? ¿Ingreso a este paciente? Por el contrario, existen otros profesionales que, amparados en su experiencia, se sienten más seguros a la hora de no indicar pruebas complementarias en pacientes con posibles criterios de alarma que no consideran tales. Tanto el exceso como el defecto pueden ser motivo de que un paciente con cefalea pueda terminar en catástrofe neurológica. En este sentido, la virtud de tomar siempre la decisión correcta no está en los libros, en los protocolos ni en las guías de práctica clínica; se trata, probablemente, de un raro don.

Un primer paso para acercarse a este ideal puede ser, a nuestro juicio, redefinir los criterios de alarma (tabla 1). Poner en el mismo listado “cefalea intensa, de comienzo súbito”, el principal criterio de alarma, junto a criterios poco precisos y sujetos a una gran subjetividad interpretativa como “náuseas y vómitos no explicables por una cefalea primaria (migraña) ni por una enfermedad sistémica”, puede explicar las posturas extremas mencionadas en el párrafo anterior y sus riesgos. La propuesta que hacemos

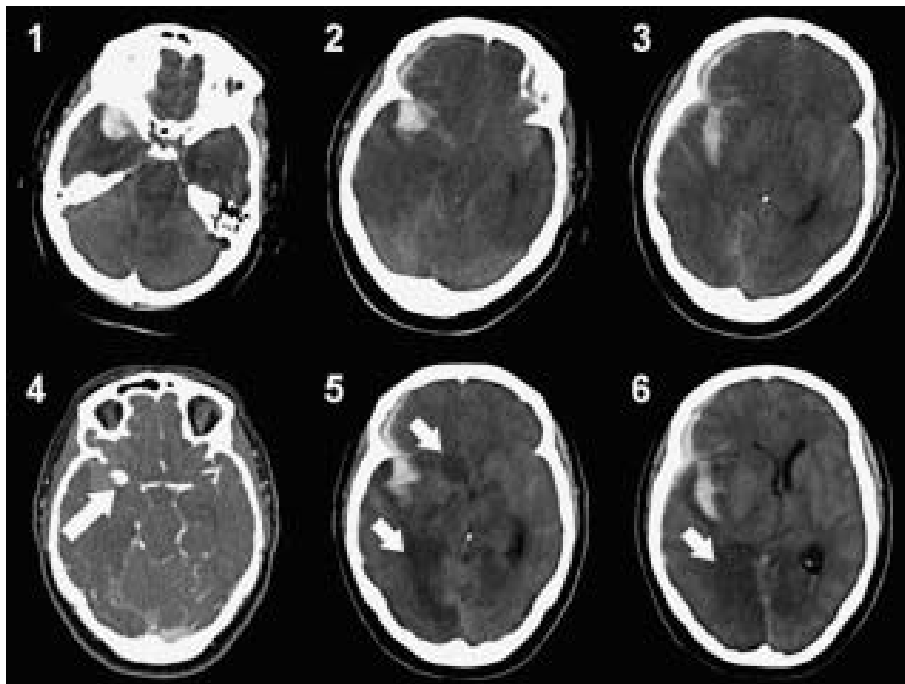


Figura 1 Las imágenes 1, 2 y 3 corresponden a 3 cortes consecutivos de la tomografía computarizada craneal sin contraste realizada al ingreso. Se observa un sangrado subaracnoideo silviano derecho con formación de una colección hemática en fosa temporal anterior y en el espacio subdural adyacente. La imagen 4 corresponde al estudio angiotomográfico realizado a continuación que demuestra un aneurisma en la bifurcación de la arteria cerebral media derecha (*flecha larga*). En las imágenes 5 y 6, obtenidas a las 16 h del primer estudio, se observa un aumento del desplazamiento de la línea media y áreas de isquemia en territorios anterior y posterior (*flechas cortas*) debido probablemente a herniación subfalciana y uncal derechas.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3076300>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3076300>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)