



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/218 - INESTABILIDAD, ¿DEL PACIENTE O DE SU TRATAMIENTO?

V. Hernández Díez¹, M. Hernández Larrea², L. Torres Sánchez³ y M. Caro Martínez-Berganza²

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fermín. Madrid. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fermín. Madrid. ³Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario de Móstoles. Móstoles. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: paciente 82 años, anticoagulada con acenocumarol por FA paroxística. Acude al Centro de Salud por mal estado general desde hace 4 días, debilidad de miembros inferiores, inestabilidad, mareo y vómitos biliosos. Sin otra focalidad neurológica ni otra clínica organoespecífica. Valorada en domicilio con exploración completa anodina, pautándose tratamiento sintomático sin mejoría por lo que vuelve al Centro de Salud. Se reexplora destacando leve dolor abdominal y bipedestación inestable con aumento de base de sustentación y pulsión derecha. Ante persistencia de sintomatología se deriva a Urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 119/52 mmHg, FC: 78 lpm, Saturación O₂: 98%, FR: 15 rpm. Afebril. Consciente y orientada en persona, espacio y tiempo. Atenta, colaboradora. Lenguaje normal. Memoria inmediata y remota normales. Pares craneales sin alteraciones. Campimetría normal. No nistagmus. Fuerza simétrica 5/5, ROT normales y RCP flexor bilateral. Sensibilidad bilateral conservada. Bipedestación inestable con leve aumento de base de sustentación y pulsión derecha. No disimetría ni disdiadococinesia. No rigidez de nuca ni signos meníngeos. AC: arritmico sin soplos. AP: MVC con crepitantes finos bibasales. Abdomen: RHA disminuidos. Levemente distendido no doloroso. No masas ni megalias. Murphy y Blumberg negativos. EEII: sin edemas ni datos de TVP. Pulsos pedios presentes. Analítica: Na 140, K 4, resto iones, parámetros bioquímicos y hemograma normales. Coagulación destaca INR 3,98. TAC craneal: hematoma cerebeloso derecho, sin signos de herniación ni efecto masa significativo en momento actual.

Orientación diagnóstica: Hematoma en hemisferio cerebeloso derecho de probable etiología hipertensiva en paciente sobredosificada de acenocumarol.

Diagnóstico diferencial: Vértigo periférico o central, desequilibrios hidroelectrolíticos como hiponatremia.

Comentario final: Aunque la primera sospecha diagnóstica no fue la hemorragia intracraneal sino otras etiologías como vértigo o trastornos hidroelectrolíticos, siempre hay que tener en cuenta el riesgo de sangrado en pacientes anticoagulados. Por tanto, destacar con este caso que además de los antecedentes, la clínica o la exploración de un paciente, debemos tener en cuenta siempre su tratamiento, con control y seguimiento precisos, por el médico de familia.

Bibliografía

1. Alkoshha HM, Ali NM. Spontaneous Cerebellar Hematoma: Decision Making in Conscious Adults. *World Neurosurg.* 2017;102:123-38.
2. Seiffge DJ, Curtze S, Dequatre-Ponchelle N, Pezzini A, Tatlisumak T, Cordonnier C, et al. Hematoma location and morphology of anticoagulation-associated intracerebral hemorrhage. *Neurology.* 2019;92(8):E782-91.

Palabras clave: Hematoma cerebelar. Anticoagulación.