



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## P-071 - ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Arjona García<sup>a</sup>, M.J. Navarro Hidalgo<sup>a</sup> y M.C. Portero Luque<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS D. Rafael Flórez Crespo. <sup>b</sup>CS Almodóvar del Río.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 83 años que acude al Servicio de Urgencias trasladado por el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias en una ambulancia medicalizada por presentar en domicilio Glasgow de 5. Refieren sus familiares que esa mañana sobre las 8am ha presentado cuadro de mareo, vómitos y malestar general, con posterior pérdida de conocimiento y caída al suelo sin traumatismo, quedando posteriormente inconsciente. Entre sus antecedentes personales destaca un adenocarcinoma de próstata mínimo en tratamiento con tamsulosina/dutasteride, hipertensión arterial en últimos meses mal controlada en tratamiento con torasemida, glaucoma bilateral tratado con colirio de brinzolamida y reflujo gastroesofágico en tratamiento con omeprazol. Tenía una vida activa previamente.

**Exploración y pruebas complementarias:** A su llegada a la consulta de pacientes críticos el paciente se encontraba con mal estado general, en coma con Glasgow de 4, normohidratado y normoperfundido. Presentaba cifras tensionales de 163/75 mmHg, Frecuencia cardiaca de 55 lpm, T<sup>a</sup> de 36,4 °C y saturación de oxígeno del 95% con aporte de oxígeno con flujo del 50%. A la exploración cardiorrespiratoria presentaba tonos rítmicos bradicárdicos y apagados, murmullo vesicular conservado con roncus aislados. El abdomen era blando, depresible, sin masas ni megalias palpables e impresionaba de ser doloroso a la palpación. En los miembros inferiores no presentaba edemas, ni varices, ni signos de trombosis venosa profunda. En la exploración neurológica presentaba Glasgow de 4/15, pupilas en midriasis arreactiva bilateral, Babinski extensor bilateral, parálisis flácida bilateral con rigidez de decorticación en algunos momentos. Los parámetros de la analítica sanguínea y de la gasometría arterial se encontraban dentro de la normalidad. En el TAC craneal se observaba un hematoma intraparenquimatoso hemisférico izquierdo de gran tamaño (9-10 cm), con marcado edema perilesional y efecto compresivo sobre estructuras adyacentes. Desplazaba la línea media 2 cm hacia la derecha y provocaba un borramiento de cisternas perimesencefálicas con signos de herniación uncal. Se consultó con el Neurocirujano de guardia que desestimó actuación por su parte y se decidió ingreso a cargo de Medicina Interna, falleciendo horas más tarde.

**Juicio clínico:** Accidente cerebrovascular hemorrágico.

**Diagnóstico diferencial:** Accidente cerebrovascular isquémico.

**Comentario final:** El accidente cerebrovascular es la aparición repentina de un déficit neurológico

encefálico, focal, causado por una enfermedad vascular. Es la enfermedad neurológica más frecuente con una incidencia de 200 casos/100.000 habitantes/año y una prevalencia de 600 casos/100.000 habitantes. Representa la primera causa de invalidez y la tercera de fallecimientos. Es de vital importancia el control de los factores de riesgo modificables desde atención primaria, como son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, el consumo de tabaco y otros tóxicos y la hiperlipemia.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Molina Nieto T, Calvo Rodríguez R, Jiménez Murillo L, et al. Accidente cerebrovascular. En: Jiménez Murillo L, coord. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010.