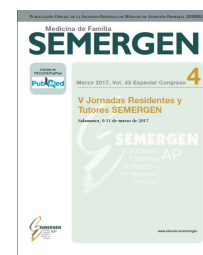




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/6 - Y ESTE MAREO... ¿CUÁNDO SE ME QUITARÁ?

O. Varona Vuelta^a, A. García Rubio^b y E. Luque-Romero Muñoz^c

^aMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Artilleros. Madrid. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Artilleros. Madrid. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Pozo. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 74 años alérgico a estreptomicina, con antecedentes de HTA y DL. Ictus hace 12 años, AIT vertebrobasilar hace un año en seguimiento por neurología. Acude a consulta por cefalea, mareo e inestabilidad de la marcha; en contexto de TCE hace 1,5 meses por el que no consultó.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica: Glasgow 15/15. Marcha inestable con necesidad de ampliar base de sustentación. Resto sin focalidad. Se deriva a urgencias hospitalarias para realización de prueba de imagen. TAC craneal: pequeña colección compatible con hematoma subdural crónico parietal posterior izquierdo. Lesión estructural parinquetomatosa residual en territorio dependiente ACM izquierda. Dado el buen nivel de consciencia sin aparente focalidad a la exploración se decide tratamiento corticoterápico conservador en pauta descendente. Control en 3 meses por neurocirugía, con resolución completa de la lesión.

Juicio clínico: Hematoma subdural crónico (HSC) parietooccipital izquierdo.

Diagnóstico diferencial: ACV isquémico/hemorrágico. AIT. Proceso tumoral. Cuadro vertiginoso periférico/central. Malformaciones arteriovenosas cerebrales.

Comentario final: El HSC consiste en una colección hemática entre la duramadre y la aracnoides durante > 3 semanas. Se presenta frecuentemente en poblaciones de edad avanzada (> 60 años), uso de anticoagulantes y antiagregantes. Los accidentes por aceleración (caídas), causan desplazamiento del cerebro dentro del cráneo; provocando estiramiento y rotura de las venas puentes. La cefalea y problemas de tipo motor son sus manifestaciones más habituales. A pesar del efecto masa evidenciado en la tomografía, la mayoría cursan con Glasgow > 12, en una condición neurológica estable. el tratamiento quirúrgico es de elección en colecciones grandes (> 10 mm) y focalidad neurológica, mediante trepanación y drenaje del hematoma. Colecciones menores sin afectación neurológica, se reabsorben con corticoterapia en pauta descendente. Es una patología de buen pronóstico con baja morbimortalidad.

Bibliografía

1. Esquivel M, Arias M, Cartín M, Suárez MJ, Salazar-Sánchez L. Hematoma subdural crónico.

- Análisis de 95 casos. *Medicina Legal de Costa Rica*. 2012;29(1):1409-15.
2. Laitni MF, Fiore CA, Romano LM, et al. Tratamiento mínimamente invasivo del hematoma subdural crónico del adulto. Resultados en 116 pacientes. *Neurología*. 2012;27:22-7.