



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

423/8 - HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTANEA CON SIGNOS DE FOCALIDAD MIGRATORIA EN EXTREMIDADES

J. Monllor Méndez¹, M. Paños Martínez², B. Lería Sánchez², D. Rodríguez Bobada³, M. Espinosa Monroy⁴, M. Jiménez Ganado⁵, A. Velayos Galan⁶, A. del Canto Pérez⁷, D. Sanchez⁸, P. González⁹

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Villarta de San Juan. Ciudad Real, ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Villarta de San Juan. Ciudad Real, ³Residente de Digestivo en Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, ⁴Residente de Medicina Interna en Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real, ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Mancha Centro de Alcázar de San Juan. Ciudad Real, ⁶Médico residente de Neurología de Hospital la Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad real, ⁷Residente de Rehabilitación en Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad real, ⁸Residente de Traumatología en Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real, ⁹Residente de Endocrinología Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 67 años que acude a urgencias por cuadro de acorchamiento y sensación de hormigueo que comienza en el primer dedo de la mano derecha y va migrando dedo a dedo hasta que desaparece de la mano. Finalmente esta sensación termina en zona malar y hemilengua derecha. Esta sensación se instaura y termina de forma lenta, en cuadro de duración global de 10 minutos. Refiere que esta sensación le lleva ocurriendo a intervalos irregulares durante un mes. A veces también se le asocia afectación crural a nivel glúteo y en cara posterior del muslo junto a torpeza manipulativa derecha. No refiere otros cefalea, pérdida de conciencia, disartria u otro signo de focalidad asociado. El paciente refiere fallos de memoria cada vez más habituales, que han sido estudiados por Neurología en consultas externas, donde se ha descartado enfermedad degenerativa subyacente. Antecedentes personales de interés: no alergias medicamentosas reconocidas, no HTA. No DM. Hipercolesterolemia en tratamiento con simvastatina 10 mg. Antecedentes de ITU y prostatitis.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes vitales a su llegada: TA: 144/85 mmHg, FC: 66 lpm, SAT: 99%. Buen estado general. Consciente, colaborador y orientado en las tres esferas. Normohidratado, perfundido y coloreado. Audición correcta. Discurso coherente y fluido. Eupneico en reposo. Tolera decúbito. Auscultación cardiaca: ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Exploración neurológica: funciones superiores conservadas. Pupilas normoreactivas, simétricas e isocóricas con preservación de reflejo fotomotor directo y consensuado. Resto de pares craneales normales. Fuerza conservada en MMSS y MMII VI/VI. Moderada pérdida de sensibilidad en mano derecha. Resto de sensibilidad normal. No presenta disimetría ni disdiadococinesia. Prueba talón-rodilla normal. No respuesta extensora en reflejo cutáneo plantar. No alteraciones de la marcha. Rx tórax: ICT normal. Sin infiltrados ni consolidaciones. Senos costofrénicos libres. Rx columna cervical: no lesiones óseas perceptibles. Adecuado espacio intervertebral. Análisis de sangre: parámetros en rango sin datos de

alarma. EHCNI: ateromatosis carotídea incipiente bilateral. Sin datos de microangiopatía cerebral. Estudio intracraneal normal. Sistema vertebrobasilar extra e intracraneal normal. TAC craneal: atrofia cerebral. Signos de arteriopatía crónica de pequeño vaso, con leucoencefalopatía periventricular. Hipodensidad marcada en la sustancia blanca subcortical de lóbulo frontal izquierdo, probable secuela isquémica. Imagen lineal hiperdensa en surcos de lóbulo parietal izquierdo, próximo a vértex craneal, compatible con hemorragia subaracnoidea. Sistema ventricular normal. Estructuras de línea media y fosa posterior sin alteraciones.

Juicio clínico: Hemorragia subaracnoidea espontánea en lóbulo frontal izquierdo. La imagen posterior de Resonancia magnética en planta confirma un infarto subclínico previo en la zona ACA-ACM izquierda.

Diagnóstico diferencial: Aneurisma cerebral. Encefalitis. Empiema subdural. Neoplasias. Meningitis.

Comentario final: La causa principal de hemorragia subaracnoidea es la ruptura de un aneurisma endocraneal en la mayoría de los casos. La supervivencia de esta patología ha aumentado en las últimas décadas debido a mejoras en el diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, los supervivientes suelen quedar con deficiencias que lastran mucho su calidad de vida. Se vuelve clave la detección rápida del médico de urgencias para aplicar los cuidados necesarios.

Bibliografía

Andreasen TH, Bartek Jr, Andresen M. Modifiable risk factors for aneurysmal subarachnoid hemorrhage. Stroke. 2013;44:3607-12.