



264/66 - CONTUSIÓN CRANEAL

M. Sierras Jiménez, S. Moreno Carrasco y E. Barbero Rodríguez

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 82 años con AP de HTA, DM tipo 2, FA, hepatopatía enólica, HTP, insuficiencia renal crónica moderada, nódulo pulmonar solitario en segmento superior LII, sin continuar estudio por petición de la paciente. Fumadora de 8 cig/día desde hace aprox 50 años. Alcohol de 2-3 U/día. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Institucionalizada. Acudió a urgencias por presentar TCE tras caída fortuita según informa. Refiere que paseó durante la mañana, tras el almuerzo fue a dormir y su siguiente recuerdo es en este servicio. Asintomática en la valoración.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Hemodinámicamente estable. Eupneico. TA 120/60. FC 100 lpm. Afebril. CYC: pupilas isocóricas y normorreactivas. No ingurgitación yugular. Mucosas normocoloricas. No adenopatías. Cara: dolor leve a la palpación de maxilar izquierdo. Apertura de la mandíbula sin luxación ni dolor. Pirámide nasal con muy ligero hematoma y sin dolor a la palpación. No deformidades. Secreción líquido serohemático nasal. ACR: tonos arrítmicos. Murmullo vesicular conservado. No ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible. Hepatomegalia. No doloroso a la palpación. Blumberg y Murphy negativos. Ruidos intestinales presentes y normales. MMII: no signos de TVP. Pulsos pedios presentes y simétricos. No edemas. Exp. neurológica: Glasgow 15. PINLA. MOEC. No disimetrías. No claudicación. Fuerza y sensibilidad conservada. Campimetría por confrontación negativa. TC sin contraste I.V. de cara (31/03/2017). La exploración realizada muestra abundante neumoencéfalo bifrontal que comprime el parénquima cerebral subyacente adoptando morfología en "Monte Fuji", y en menor cantidad junto al polo temporal izquierdo. Asimismo se aprecian pequeñas burbujas en convexidad bihemisférica. Podría existir un solución de continuidad en la pared posterior del seno frontal izquierdo, ocupado por contenido líquido de baja densidad sugerente de hemoseno + LCR. Contusión de partes blandas epicraneales en región parietal derecha. Ocupación parcial probablemente inflamatoria del seno maxilar izquierdo. No se observan fracturas de macizo facial ni hemorragia intracraneal. ECG: FA a 127 lpm. No alteraciones en la repolarización.

Juicio clínico: Fractura hueso frontal. Neumoencéfalo bifrontal. Fístula LCR.

Diagnóstico diferencial: ACV, AIT, síncope, HSA, HIP.

Comentario final: Tras un TCE de intensidad moderada es muy importante la correlación clínica con PC.

Bibliografía

1. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7ª ed. Madrid: MSD; 2012.