



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2655 - Desafortunada caída doméstica

S.I. Roncero Martín^a, E. Franco Daza^b, A. Sánchez de Toro Gironés^c, M.C. Moreno Vivancos^d, M. Pons Claramonte^e, C. Alcaraz Conesa^f, P. Abdeljabbar Paredes^g, C.J. Cervantes García^g, Y. Romero Castro^g y A.B. Martorell Pro^g

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^dMédico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena. Murcia. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^fMédico de Familia. Urgencias. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Javier. Murcia. ^gMédico de Familia. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 81 años con antecedentes de AVC isquémico sin secuelas hace 7 años, hipertensión arterial, colelitiasis, osteoporosis y enfermedad de Alzheimer que acude a consulta de atención primaria tras sufrir caída accidental desde su propia altura, presentando traumatismo craneal sin pérdida de conciencia, relajación de esfínteres, vómitos ni otra clínica acompañante. Debido a los antecedentes personales se deriva a hospital de referencia para descartar posibles lesiones internas postraumatismo, dada la parcial colaboración de la paciente, como consecuencia de su patología basal.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Eupneica en reposo. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: anodino. Miembros inferiores: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Electrocardiograma: sin hallazgos patológicos. Cráneo: tumefacción no crepitante parietal derecha. Neurológico: pupilas isocóricas normorreactivas, pares craneales centrados y simétricos, fuerza y sensibilidad conservadas. No alteraciones de la marcha ni disimetrías. Glasgow 15. No signos de irritación meníngea. No focalidad neurológica. Bioquímica, hemograma y coagulación normales. Se realiza TAC de urgencia, donde se objetiva engrosamiento e hiperdensidad de la porción más inferior de la vertiente derecha de la tienda del cerebelo, compatible con pequeña hemorragia subaracnoidea aguda, sin apreciarse claras líneas de fractura craneales. Cefalohematoma parietal posterosuperior derecho. Retracción corticosubcortical y signos de encefalopatía vascular de pequeño vaso. Ante los hallazgos se comenta el caso con neurocirujano de guardia, quien recomienda realizar TAC de control en 24 horas o antes si aparece deterioro neurológico. La TAC de control no revela cambios respecto a previa.

Juicio clínico: Hematoma subdural laminar derecho.

Diagnóstico diferencial: Vértigo (central vs periférico), hipoglucemia, lipotimia, tumor craneal,

AVC, polimedicación, maltrato, hematoma subdural crónico.

Comentario final: Dada la alta prevalencia de lesiones vasculares por traumatismos mínimos en pacientes de edad avanzada, se determina realizar prueba de imagen para descartar patología intracraneal, que además podría ser subsidiaria de tratamiento urgente. Se realiza TAC craneal como primera prueba de elección, útil para diagnóstico y posterior seguimiento si precisara, mediante la que podemos diagnosticar su patología actual y valorar la presencia otras comorbilidades, dado que hasta el 70% de los hematomas subdurales se acompañan de otras lesiones intracraneales, siendo ésta una patología que tiende a cronificar. Este caso pretende pues resaltar la necesidad de no desdeñar los traumatismos craneoencefálicos en personas ancianas y resalta la elección de la TAC craneal como primera prueba de imagen a realizar de cara al diagnóstico y evolución de los pacientes, y la urgencia de la misma, dadas las posibles complicaciones asociadas a este tipo de patologías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Victor M, Ropper A. Craniocerebral trauma. In: Victor M, Ropper A, eds. Adams and Victor's Principles of Neurology, 7th ed. McGraw-Hill, New York 2001, p. 925.
2. Haselsberger K, Pucher R, Auer LM. Prognosis after acute subdural or epidural haemorrhage. Acta Neurochir (Wien). 1988;90:111.
3. Hatashita S, Koga N, Hosaka Y, Takagi S. Acute subdural hematoma: severity of injury, surgical intervention, and mortality. Neurol Med Chir (Tokyo). 1993;33:13.