



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1272 - La relevancia de la anamnesis: Mujer de 89 años con amnesia transitoria

E. Esteban Zubero<sup>a</sup>, J.C. Laguna Sarría<sup>b</sup>, C.A. Baquer Sahún<sup>c</sup>, S. Trueba Insa<sup>c</sup>, C. Galindo Rubio<sup>d</sup>, R. Montoya Sáenz<sup>e</sup>, M. Martínez Díez<sup>e</sup>, M. Jordán Domingo<sup>a</sup>, M. Bastarós Bretos<sup>f</sup> y M. Rivas Jiménez<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Sector Zaragoza III. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. <sup>b</sup>Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Sector Zaragoza III. Centro de Salud Miralbuena-Garrapinillos. Zaragoza. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Sector III. Zaragoza. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cariñena. Zaragoza. <sup>e</sup>Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Sector Zaragoza III. Centro de Salud Bombarda. Zaragoza. <sup>f</sup>Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Sector Zaragoza III. Centro de Salud Oliver. Zaragoza. <sup>g</sup>Médico Adjunto. Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 89 años con antecedentes personales de osteoporosis e insuficiencia cardiaca. En tratamiento con ivabradina 7,5 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg y buprenorfina 35 µg transdérmica. Acude a la consulta de Atención Primaria por caída en el domicilio no presenciada, sin pérdida de conocimiento aparente y amnesia de lo sucedido. No relajación de esfínteres. Como antecedente cabe destacar dificultad para la deambulación produciéndose así múltiples caídas, siendo la última hace 2 meses, con traumatismo craneoencefálico no atendido en ningún centro hospitalario. Se deriva a Urgencias para ampliar estudio y filiar causa.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, desorientada, palidez de piel y mucosas. Auscultación cardiaca: Arrítmico, 90 lpm. Soplo pansistólico panfocal. Auscultación pulmonar: crepitantes bibasales. Abdomen: anodino. EEII: insuficiencia venosa crónica, edemas pretibiales. Exploración neurológica: Glasgow 15. Pupilas normorreactivas. Fuerza y sensibilidad de extremidades conservada. No focalidad neurológica. ECG: ritmo auricular ectópico. Posible hipertrofia ventricular. Bioquímica (con CPK), hemograma y estudio de coagulación: Sin alteraciones. Rx tórax: sin alteraciones. TAC cerebral: colección extraaxial, en el espacio subdural, fronto-parietal derecho, con desplazamiento de la línea media (6 mm), con colapso parcial de sistema ventricular ipsilateral. Presenta contenido hipodenso en zonas anteriores y contenido hiperdenso en zonas de pliegues sugestivo de hematoma subdural crónico reagudizado.

**Juicio clínico:** Hematoma subdural crónico reagudizado.

**Diagnóstico diferencial:** Hematoma subdural, accidente cerebrovascular, crisis convulsiva.

**Comentario final:** Se realizó evacuación del hematoma mediante doble trépano frontoparietal con drenaje epicraneal retirado posteriormente sin alteraciones. Seguimiento en CCEE de neurocirugía con buena evolución clínica y radiológica. El hematoma subdural crónico (HSDC) tiene una incidencia entre 1,7 y 13,1 casos por 100.000 habitantes/año, siendo más frecuente en población

mayor de 65 años. Se relaciona con traumatismos craneoencefálicos, alcoholismo crónico, arritmias cardiacas, atrofia cerebral, diabetes mellitus y uso de fármacos anticoagulantes y/o antiagregantes. Se le conoce como el “gran simulador” ya que puede presentarse bajo numerosas formas clínicas (crisis epilépticas, hipertensión endocraneana (HEC), déficit motor, cefalea, trastornos de conducta, descenso del nivel de conciencia, confusión, afasia). Por ello, es posible encontrar cuadros bruscos como el descrito que puede dar lugar a la duda del diagnóstico diferencial con accidente cerebrovascular, por lo que la anamnesis (pacientes con HSDC narran deterioro progresivo de la conducta y la actividad motora) y valorar la posibilidad de esta patología como causa del cuadro son claves para el diagnóstico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Tseng JH, Tseng MY, Liu AJ, Lin WH, Hu HY, Hsiao SH. Risk factors for chronic subdural hematoma after a minor head injury in the elderly: a population-based study. *Biomed Res Int.* 2014;2014:218646.
2. Marshman LA, Manickam A, Carter D. Risk factors for chronic subdural haematoma formation do not account for the established male bias. *Clin Neurol Neurosurg.* 2015;131C:1-4.
3. Miller JD, Statham PF. Surgical management of traumatic intracranial hematomas. In: Schmidek HH. ed. *Schmidek and Sweet's Operative neurosurgical techniques: indications, methods and results.* Philadelphia: WB Saunders, 2000: 83-90.
4. Martínez Fernando. Presentación clínica del hematoma subdural crónico en adultos: el gran simulador. *Clínica del Hematoma Subdural Crónico. Rev Méd Urug.* 2007;23(2):92-8.