



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2179 - Permíteme que insista: Hematoma subdural

F.L. Piaggio Muenta^a, C. Lozano Suárez^b y G. Pérez Darnaudguilhem^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almagro. Ciudad Real. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Valenzuela. Ciudad Real. ^cMédico Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 3. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 81 años, ama de casa, casada con antecedente de cardiopatía hipertensiva. Síndrome depresivo-ansioso de 20 años de evolución. Tratamiento habitual: paroxetina 10 mg cada 12h, ramipril 5 mg cada 24h, ranitidina 300 mg cada 24h su situación basal. Funcional, deambulación autónoma intradomiciliaria. Continente biesfinteriana. Dependiente para el baño. No sube escaleras. Independiente para la comida, vestido y transferencias. Barthel 75/100. Acude a su médico de por 4 días de episodios repetidos de pérdida de memoria de 5-10 minutos de duración con recuperación posterior por lo que es enviada a urgencias. Al llegar al SUH sus familiares refieren episodios repetidos de agitación, ansiedad, confusión e incapacidad para emitir el lenguaje verbal junto a pérdida del control de esfínter vesical. Analítica sanguínea y exploración física sin hallazgos por lo que es dada de alta como probable pre síncope vasovagal a estudio siendo citada a la consulta externa de Geriátrica según cupo. Acude 2 días más tarde a su médico con misma sintomatología, junto a mucha ansiedad por lo que se le prescribe lorazepam 2 mg cada 8h. Con plan de revisión en 1 semana. Es vista en la consulta de Geriátrica 4 días más tarde, refiriendo que continua agitada, confusa y con episodios en los que no es posible articular palabras, comentando un episodio de pérdida de fuerza en miembros inferiores con caída posterior sin claro TCE. Es etiquetada de polifarmacia, síndrome poscaída en probable relación con uso de benzodiacepinas y síndrome depresivo de larga evolución. Es citada en 4 meses. 5 días más tarde acude a la urgencia de su centro de salud donde presenta hemiparesia derecha. Siendo referida al SUH. Es ingresada para estudio de déficit cognitivo en el servicio de geriatría y durante el ingreso inicia con afectación en la expresión/comprensión del lenguaje corporal, así como debilidad hemicorporal derecha realizándosele el oportuno estudio neuroradiológico se encuentra colección extraaxial de localización frontoparietal izquierda que se extiende desde la convexidad hasta la fosa craneal anterior. Clínicamente disfasia mixta, plejía braquial derecha y paresia 2/5 de MID se considera a la paciente subsidiaria de tratamiento neuroquirúrgico.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales. Neurológicamente, sin déficits llamativos ni asimetrías de reflejos. AS: leucocitos 12.000 con bioquímica normal. ECG. Normal. Rx tórax. normal. TAC craneal. Atrofia frontal y cerebelosa muy llamativa. Hematoma subdural residual izquierdo, sin signos de sangrado agudo, y sin efecto de masa ni desviación de línea media. Electroencefalograma normal.

Juicio clínico: Hematoma subagudo subdural izquierdo con desviación de la línea media.

Diagnóstico diferencial: Masas cerebrales, enfermedades inflamatorias, encefalitis, meningitis, ECV, AIT, hemorragia subaracnoidea, enfermedades tóxicas o metabólicas e hidrocefalia. La confusión y pérdida de memoria puede ser el inicio de presentación de un hematoma subdural, síntoma que puede formar parte de cualquier enfermedad tóxica, metabólica, endocrina o nutricional.

Comentario final: Un hematoma subdural puede no ser inmediatamente aparente, particularmente en el paciente con sintomatología difusa. Las presentaciones comunes son datos de hipertensión endocraneana en pacientes jóvenes, caso que no es el mismo en ancianos dado a la presencia de atrofia cerebral cortical por envejecimiento. En este caso se describe una mujer anciana con una nueva aparición vista por su médico de atención primaria el cual conocía su situación basal, observando de déficit cognitivo y motor asociado a disfasia. El reconocimiento temprano de un hematoma es importante dado que es potencialmente tratable y reversible. El examen físico orientativo junto a pruebas de imágenes que comprobaron el hematoma subdural con un final satisfactoria tras la intervención quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Otero Palleiro M, Barbagelata López C, Calvo López R. Hemorragia subdural crónica. *Emergencias*. 2005;17:204-5.
2. Delgado PD, Cogalludo FJ. Pronóstico precoz en hematomas subdurales crónicos. Análisis multivariante de 137 casos. *Rev Neurol*. 2000;30(9):811-7.
3. Thompson H, Mc Cormick W, Kagan S. Traumatic brain injury in older adults: epidemiology, outcomes and future implications. *JAGS*. 2006;54(10):1590-3.