



## 242/3234 - DÉFICIT NEUROLÓGICO EN ANCIANO CON DIAGNÓSTICO NO SOSPECHADO HABITUALMENTE

M. Muñoz Lozano<sup>a</sup>, A. Simón Fuentes<sup>b</sup>, A. Carrasco Fernández<sup>c</sup>, C. Hernández Teixidó<sup>d</sup> y F. Carramiñana Barrera<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>d</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 87 años. AP: no alergias medicamentosas conocidas, HBP, BAV 1º grado. Faquectomía. IABVD. Tratamiento: triflusal, tamsulosina-dutasterida, omeprazol. Acude a nuestra consulta refiriendo mareo con pérdida de equilibrio. Desde hace 2 semanas “nota menos fuerza en piernas, anda con bastón y necesita agarrarse para subir escaleras, cuando los días previos se subía a los árboles para coger cerezas”, hecho que reitera y confirma su hija. Niega sensación de giro de objetos, síncope ni relajación de esfínteres, ni alteraciones del lenguaje. No refiere caída previamente.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, eupneico, normohidratado y perfundido. Constantes vitales normales. Tendencia para caerse mientras está sentado en la camilla. CyC, AC y abdomen: normales. AP: hipofonesis generalizada. E. neurológica: PICNR, PC conservados, no nistagmus, no alteraciones de fuerza o sensibilidad. Dedo-nariz normales. Romberg negativo. ECG: RS a 65 lpm, eje normal, BAV 1º grado. Ante la sospecha de ACV, se deriva a Servicio de Urgencias Hospitalarias realizándose las siguientes pruebas complementarias: Hemograma, coagulación, bioquímica y orina: normales. Rx tórax: cardiomegalia. TAC craneal sin contraste: Hematoma subdural de 3 cm de espesor máximo con áreas lineales en su interior sugestivas de resangrado, desviación de línea media y colapso parcial de ventrículo lateral derecho y III ventrículo.

**Juicio clínico:** Hematoma subdural subagudo/crónico. El paciente es ingresado para craneostomía y evacuación del HSD. Al alta, asintomático y sin restos de hematoma en dos TAC de control.

**Diagnóstico diferencial:** Intoxicación etílica. Síndrome confusional. ACV. Vértigo. Demencia.

**Comentario final:** La HSD es una enfermedad prevalente con aumento de frecuencia en ancianos. En la mitad de los casos existe caída sin TCE o puede que no la recuerden. Puede existir demora entre caída y síntomas (rango 15-751 días). Debemos sospechar HSD en anciano con síntomas neurológicos, ya que simula cualquier enfermedad neuro-psiquiátrica. Los síntomas de HTIC son infrecuentes, no en la HSD aguda, ya que la atrofia cerebral proporciona espacio para acomodar el

hematoma.

## **Bibliografía**

1. Hematoma subdural en el anciano (el gran simulador). Disponible en:  
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID = 83291>
2. Patricio M, Francisco Mery M. Hematoma subdural crónico: Una enfermedad del adulto mayor. Rev Méd Chile. 2003;131(2).

**Palabras clave:** Hematoma subdural. Anciano.