



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## P-091 - ¡DOCTORA, ME SIENTO FATIGADA!

M.J. Cardeñosa Cortés<sup>a</sup> y M.I. Perea Casado<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS Las Águilas y Hospital Clínico San Carlos. <sup>b</sup>CS General Fanjún y Hospital Clínico San Carlos.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 91 años que acude a consulta por disnea de reposo de 2-3 días de evolución, sin asociar fiebre, tos o expectoración. En consulta se observa que la paciente presenta movimientos involuntarios en el miembro superior derecho por lo que reinterrogando a la familia refiere que la noche anterior sufrió caída casual de la cama y desde entonces presenta dichos movimientos. Antecedentes personales de interés: hipertensión arterial mal controlada y tromboembolismo pulmonar el mes anterior en tratamiento con Sintrom.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tensión arterial de 151/73 mmHg, frecuencia cardiaca 101 lpm, temperatura 37,4 °C y saturación basal 86%. Consciente, alerta y orientada en las tres esferas. Bien hidratada, nutrida y perfundida. Auscultación cardiaca: rítmica sin soplos ni extratonos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado con crepitantes bibasales. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación sin signos de irritación peritoneal, sin masas ni megalias y ruidos hidroaéreos normales. Extremidades inferiores: edemas con fóvea hasta rodilla y pulsos pedios presentes. Exploración neurológica: en la exploración motora se observa una desaferentización en el miembro superior derecho más a nivel distal, sin claudicación en las maniobras globales. No presenta alteraciones termoalgésicas. En la exploración extrapiramidal se observan movimientos involuntarios que involucran todo el miembro superior derecho, aunque de predominio distal, irregulares, coreoatetósicos y hemibalísticos y que en algún momento asocia sacudidas bruscas de dicha extremidad. Dada la clínica de la paciente, los hallazgos en la exploración física y el tratamiento con Sintrom, se traslada a Urgencias para completar estudio. Analítica: hemograma: Hb 10,7 g/dl, leucocitos 12.900 (neutrófilos 85,6%), plaquetas 170.000. Coagulación: INR 3,9. Bioquímica: PCR 11,90 mg/dL, creatinina 1,29 mg/dl, filtrado glomerular 36,3 mL/min, NT PRO-BNP 11.140 pg/mL. Radiografía de tórax: cardiomegalia y pinzamiento de ambos senos costofrénicos con signos de redistribución vascular. TAC craneal: hematoma de 7 × 8 mm en el subtálamo izquierdo compatible con hemorragia hipertensiva.

**Juicio clínico:** Hemorragia intraparenquimatosa en subtálamo izquierdo, hipertensión arterial mal controlada e insuficiencia cardiaca descompensada.

**Diagnóstico diferencial:** Diagnóstico diferencial de la hemorragia intracraneal: hemorragia intracraneal de origen hipertensivo. Otras causas de hemorragia intracraneal de origen no hipertensivo: Angiopatía cerebral amiloidea. Malformaciones vasculares. Tumores intracraneales. Vasculitis. Anticoagulantes.

**Comentario final:** Por los hallazgos encontrados se suspendió anticoagulación, valorando posteriormente la reintroducción tras una semana en función de la valoración del riesgo-beneficio. Se inició tratamiento sintomático para el control del movimiento con tetrabenazina 25 mg cada 8 horas con buena respuesta. Además, se inició tratamiento antibiótico con moxifloxacino y diuréticos intravenosos mejorando la clínica de la paciente.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison, principios de medicina interna. Mc Graw Hill 2012; vol 2.
2. Grupo Científico DMT. New Green Book. Marbán 2015; 466-467.
3. Shtemer IS, Grinberg G, Grossman E. A rare neurologic syndrome due to a common medical condition. Harefuah. 2015;154:81-3.
4. Rodríguez-Yáñez M, Castellanos M, Freijo MM, López Fernández JC, Martí-Fàbregas J. Clinical practice guidelines in intracerebral haemorrhage. Neurology. 2013;28:236-49.