



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

423/151 - LESIÓN OCUPANTE DE ESPACIO CEREBRAL EN PACIENTE ANCIANO

A. Morán Caballero¹, A. Gutiérrez Pérez de Lis², P. Pascual Blasco³, M. Gómez Sánchez⁴, A. Alfaro Cristóbal⁵, M. Maamar El Asri⁶, J. Bustamante Odriozola⁷, J. Cepeda Blanco⁸, D. Sánchez Andrés⁹, A. de la Cal Núñez⁴

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Dr. Morante, Cantabria. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Astillero, Cantabria. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Maliaño. Cantabria. ⁶Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Camargo. Cantabria. ⁷Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria. ⁸Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Camargo. Costa Maliaño. Cantabria. ⁹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud El Alisal, Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 74 años, proveniente de área rural, con antecedentes de dislipemia y distimia en tratamiento habitual con atorvastatina, lorazepam y sertralina, que acude a urgencias de atención primaria, como consecuencia de cuadro de inestabilidad de la marcha, deterioro cognitivo que sus familiares relacionaron con cuadro depresivo e incontinencia urinaria. Sus familiares refieren un proceso de al menos 2 meses de evolución, que ha empeorado en la última semana que no han comentado con su médico de Atención Primaria, así mismo comentan disminución de fuerza en extremidad superior derecha de al menos 3 semanas. Ante la incongruencia del caso, anamnesis abigarrada y datos de alarma, se deriva a urgencias hospitalarias donde se solicita TAC craneal, analítica con hemograma y bioquímica y electrocardiograma (ECG).

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable, afebril, confuso, con escala coma de Glasgow 14 puntos (O4 V4 M6). Tórax: auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal. Neurológica: desorientado en tiempo, bradipsiquia, bradilalia, disfasia mixta motora-sensitiva, nomina 2/5, intoxicado con órdenes complejas, pares craneales y pupilas normales, fuerza 4/5 en bíceps, flexores e interóseos del carpo de extremidad superior derecha, sensibilidad normal, marcha inestable con aumento de base de sustentación, Romberg en balanceo. ECG: ritmo sinusal a 80 lpm, eje + a 30°, no bloqueos auriculoventriculares, no bloqueos de rama, no alteraciones agudas o crónicas de la repolarización. Analítica: hemograma y bioquímica normales. TAC cerebral: lesión ocupante de espacio (LOE) cerebral frontal izquierda, con importante edema vasogénico asociado.

Juicio clínico: LOE frontal izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Hidrocefalia crónica del adulto. Enfermedad de Parkinson. LOE cerebral.

Comentario final: Las características clínicas del paciente y la sintomatología inicialmente pueden sugerir una triada de Hakim-Adams (deterior cognitivo, incontinencia urinaria e inestabilidad de la marcha), de un cuadro de hidrocefalia crónica del adulto que a veces puede confundirse con una enfermedad de Parkinson, pero ante la presencia de datos de alarma, como puede ser un déficit neurológico, es indicativo de realización

de una prueba de imagen de carácter urgente para descartar otro tipo de lesiones. En este caso, el paciente es ingreso en planta de neurocirugía, donde se encuentra a la espera de realización de estudio de extensión.

Bibliografía

Graff-Radford NR. Is normal pressure hydrocephalus becoming less idiopathic? *Neurology*. 2016;86(7):588-9.

Jaraj D, Rabiei K, Marlow T, Jensen C, Skoog I, Wikkelsø C. Prevalence of idiopathic normal-pressure hydrocephalus. *Neurology*. 2014;82(16):1449-54.