



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

469/78 - ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA

M. Díaz Mayán¹, A. Mateo Acuña², D. Santana Castillo³, P. Peteiro Álvarez¹, D. Tobar Echeverri⁴, A. Vega Zubiaur⁵, L. González Freire⁶, I. Alcalde Díez⁵

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria. ²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino. Castro Urdiales. Cantabria. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Castro Urdiales. Cantabria. ⁶Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Se responde llamada al servicio de urgencia de atención primaria para valorar a un paciente varón institucionalizado de 76 años con disminución brusca del nivel de conciencia que asocia tensión arterial elevada. Antecedentes personales: NAMC. Exfumador hasta hace 15 años. Funciones intelectuales superiores conservadas. Hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, hiperlipidemia, infarto agudo de miocardio, EPOC. Paraparesia EEII secundaria a mielitis transversa postinfecciosa. Tratamiento habitual: amlodipino/valsartán/hidroclorotiazida 10/320/25 día, Bisoprolol 5 mg/día, espironolactona 25 mg/día, metformina/sitagliptina 50/1000 (1-0-1), atorvastatina/ezetimiba 10/20/día, Ácido acetilsalicílico 100 mg/día, omeprazol 20 mg/día, nitroglicerina parche transdérmico 10 mg/día, pentoxifilina 600 mg (1-0-1), doxazosina 8 mg/día, lorazepam 1 mg/día, vilanterol/furoato de fluticasona inhalado 92/22 ?g/día, bromuro de umeclidinio inhalado 55 ?g/día, azitromicina 250 mg/día, roflumilast 500 ?g/día, acetilcisteína 600 mg/día.

Exploración y pruebas complementarias: Escala Rankin modificada 4 (paraparesia) TA: 210/100 mmHg. Glicemia capilar: 119 mg/dl, Sat 93-95%. Paciente en decúbito dorsal pasivo. No apertura ocular espontánea ni a estímulos. No respuesta verbal ni motora. Pupilas isocóricas medianas con mirada lateralizada a la izquierda. Posteriormente tras vómito brusco, paciente inicia movimiento espontáneo de extremidad superior izquierda y posteriormente extremidad contralateral reacciona solo a estímulo doloroso. ECG: Ritmo sinusal. Se mantiene paciente en monitorización cardíaca con vía endovenosa en EESS derecha. Tras intubación, se procede a traslado hospitalario en Unidad de Soporte Vital Avanzado. Glucosa: 244 mg/dl, Na: 148 mEq. Leucocitos 14.300, neutrófilos 12.000. Resto sin alteraciones. TAC cerebral: hematoma agudo intraparenquimatoso fronto-parieto-temporal izquierdo y subdural izquierdo de densidad heterogénea con componente de hemorragia subaracnoidea en los surcos hemisférico. Herniación subfalx con desplazamiento hacia la derecha, herniación uncal izquierda que desplaza y comprime el tronco del encéfalo. Estudio de angioTC de polígono de Willis: no malformaciones vasculares.

Juicio clínico: Hemorragia intracraneal.

Diagnóstico diferencial: Hipoglucemias. Crisis convulsiva.

Comentario final: El factor de riesgo más importante para el desarrollo de hemorragia intracraneal en todos los grupos de edad y sexo es la hipertensión arterial. Dados los múltiples factores de riesgo cardiovascular presentado por nuestro paciente y a pesar de un control medicamentoso estricto, siempre tenemos que tener la alta la sospecha diagnóstica de esta patología para su tratamiento correcto y rápido.

Bibliografía

Cordonnier C, Demchuk A, Ziai W, Anderson CS. Intracerebral haemorrhage: current approaches to acute management. Lancet. 2018;392:1257.

Gross BA, Jankowitz BT, Friedlander RM. Cerebral Intraparenchymal Hemorrhage: A Review. JAMA. 2019;321:1295.