



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2062 - Más vale prevenir que salir corriendo

A.M. Ballesteros Pérez<sup>a</sup>, C. Celada Roldán<sup>b</sup>, M. González<sup>c</sup>, M.I. Gómez López<sup>d</sup>, E. Sánchez Pablo<sup>d</sup>, S. López Zacarez<sup>e</sup>, L. Tomás Ortiz<sup>f</sup>, M.D. Navarro Miralles<sup>f</sup>, M. Pons Claramonte<sup>g</sup> y C. Frazao<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Los Dolores-Cartagena. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Área de Salud II. Cartagena. Murcia. <sup>e</sup>Médico de Familia y Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cartagena-Oeste. Área 2. Servicio Murciano de Salud. Murcia. <sup>g</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. <sup>h</sup>Médico de Familia y Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Cartagena. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 73 años HTA, anticoagulada por válvula mitral protésica y FA que acude a nuestra consulta de atención primaria para control de Syntrom. Durante el transcurso del mismo, comienza de forma brusca a tener dificultad para articular el lenguaje y confusión con cortejo vegetativo acompañante. Niega toma de BDZ, insiste en buena cumplimentación del tratamiento. Niega traumatismo craneoencefálico, cefalea, fiebre, clínica infecciosa intercurrente, disnea, dolor torácico, ni clínica de insuficiencia cardiaca como desencadenante. Tras valoración inicial y ante la sospecha de ictus se deriva de forma urgente en ambulancia hospitalizada al Hospital, activando el código ictus.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 130/50. Afebril. Buen estado general. Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración neurológica: vigil. Orientada. Leve disminución de la fluidez verbal y dificultad leve en nominación, con comprensión preservada Pupilas isocóricas y normoreactivas. No hemianopsia en campimetría por confrontación. Muy sutil disminución surco nasogeniano derecho. Balance motor normal. No alt sensitiva. RCP flexor bilateral. No rigidez de nuca. INR: 2,5 ECG: RS a 50 lpm. Bloqueo AV primer grado. No alt repolarización. TC de cráneo sin y tras la administración de contraste i.v.: Ocupación de los surcos frontoparietotemporales y cisura de Silvio izquierdos por material hiperdenso, en relación con hemorragia subaracnoidea. Tras la administración de contraste i.v. no se aprecian alteraciones vasculares. Estudio duplex TC sin evidencia de vasoespasm.

**Juicio clínico:** Hemorragia subaracnoidea (HSA) frontoparietotemporal izquierda.

**Diagnóstico diferencial:** Ictus isquémico, malformaciones vasculares TCE, aneurismas cerebrales, alteraciones hemodinámicas cerebrales, malformaciones arteriovenosas, tóxicos, neoplasia cerebral.

**Comentario final:** La HSA representa entre el 4% y el 7% de todos los ictus y, a pesar de la considerable evolución de los procedimientos diagnósticos y las técnicas quirúrgicas, endovasculares y anestésicas, sigue caracterizándose por su elevada morbilidad. El 45% fallece en los primeros 30 días y en el 50% de los supervivientes queda algún tipo de secuela irreversible: resangrado, vasoespasm, edema cerebral, hidrocefalia, crisis comiciales, IAM, arritmias, edema pulmonar, neumonía, etc. Por lo que resulta de vital importancia para el pronóstico de estos pacientes no solo un tratamiento precoz de la HSA como tal sino

evitar la aparición de sus complicaciones con una correcta orientación diagnóstica inicial desde nuestra consulta (siendo incorrecto hasta en el 25% de los casos lo que retrasa el inicio del tratamiento adecuado hasta 4 días) y empleando las medidas profilácticas oportunas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Heuschmann PU, Di Carlo A, Bejot Y, Rastenyte D, Ryglewicz D, Sarti C, et al., European Registers of Stroke (EROS) Investigators. Incidence of stroke in Europe at the beginning of the 21<sup>st</sup> century. *Stroke*. 2009;40:1557-63.
2. Lovelock CE, Rinkel GJ, Rothwell PM. Time trends in outcome of subarachnoid hemorrhage: population-based study and systematic review. *Neurology*. 2010;74:1494-501.
3. Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, Barker-Collo SL, Parag V. Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. *Lancet Neurol*. 2009;8:355-6.