Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1400

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2528 - Pronóstico del Hematoma subdural en un paciente anticoagulado

A. Díaz Vera[a], N. Mata Santín[b], I.P. Elizalde Bonafaux[b], A.J. Dalle Dalle[c], Y. Aganzo Pérez[c], L. Blanco Siendones[c] y C.A. Reyes Mateo[c]

[a]Médico Interno Residente. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. [b]Enfermera. Servicio Navarro de Salud. Navarra. [c]Médico Sustituto. Servicio Cántabro de Salud. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 81 años con calidad de vida limitada, solo sale de casa un rato por la tarde para ir al bar; fumador y bebedor activo; anticoagulado por FA. Sobre las 19 horas de hoy un familiar le encuentra en su casa, caído en el suelo, inconsciente y con respiración estertorosa. La última vez que le habían visto antes sobre las 12h; había comido (sobre las 14h). Valorado por SUR: Sat 77%; TA 180/100; pupilas dilatadas arreactivas; GCS 4. Solicitan UVI-M para trasbordo. Insuficiencia cardiaca. Nodulo tiroideo hiperfuncionante. Hipertiroidismo. Derrame pleural. Miocardiopatía dilatada. Insuficiencia mitroaórtica. Hipertensión pulmonar moderada. Insuficiencia vascular periférica. Tratamientos previos: Sintrom; Eutirox 100: 1-0-0; Valsartan 80: 0-1-0; Tardyferon 80: 1-0-0.

Exploración y pruebas complementarias: Presión arterial: 167/75 mm Hg. Pulso: 50 x&#39. Frecuencia respiratoria: 20 resp/min. SatO2: 96%. FiO2: 50%. Exploración física: comatoso, GCS 4 (O1; V1; M2, rigidez de descerebración). Pupilas midriáticas arreactivas. Signos de descerebración. Herida contusa en cuero cabelludo en región parieto-occipital derecha. ECG: FA con RVM a 54 x&#39. Analítica: INR: 3,29. Hb: 11. plaquetas: 200 000. creatinina: 1,24. glucosa: 131. TC craneal: colección extraaxial derecha hiperdensa, con desviación de línea media, apreciándose obliteración ventricular ipsilateral y de las cisternas de la base compatible con hematoma subdural y herniación subfalcial y trastentorial. Focos de hematoma parenquimatoso frontoparietal derecho.

Juicio clínico: Hematoma subdural traumático. Coma. Exitus.

Diagnóstico diferencial: Se plantea el diagnostico diferencial con hematoma epidural, pero la clínica, la edad de presentación en los pacientes y las imágenes del TAC craneal permiten hacer el diagnostico definitivo que estamos frente a un hematoma subdural. Un hematoma subdural es una situación de emergencia. Para reducir la presión dentro del cerebro, se puede requerir una cirugía de emergencia. Esto puede comprender la perforación de un pequeño agujero en el cráneo, el cual permite drenar la sangre y alivia la presión en el cerebro. De igual manera, puede ser necesario extraer los hematomas grandes o los coágulos sólidos de sangre a través de un procedimiento llamado craneotomía, con el cual se crea una abertura más grande en el cráneo. Los medicamentos empleados para tratar un hematoma subdural dependen del tipo de hematoma, de la gravedad de los síntomas y de la magnitud del daño cerebral que se haya presentado. Los diuréticos y los corticosteroides pueden utilizarse para reducir la hinchazón y los medicamentos anticonvulsivos,

tales como la fenitoína, se pueden emplear para prevenir o controlar las crisis epilépticas. Evolución: A la vista del TAC se consulta con Neurocirugía que confirma que el paciente no es subsidiario de actuación terapéutica. Horas después se produce el exitus.

Comentario final: El pronóstico después de un hematoma subdural varía ampliamente según el tipo y localización del traumatismo craneal, del tamaño de la acumulación de sangre y de la rapidez con la que se realice el tratamiento. Los hematomas subdurales agudos presentan el mayor reto, con altas tasas de lesión y muerte. Los hematomas subdurales subagudos y crónicos tienen mejores resultados en la mayoría de los casos. Los síntomas a menudo desaparecen después del drenaje de la sangre acumulada. Algunas veces se necesita un período de rehabilitación para ayudarle a la persona a volver a su nivel normal de funcionamiento. Existe una alta frecuencia de convulsiones después de un hematoma subdural, incluso después del drenaje. Estas generalmente se controlan bien con medicamentos. Las convulsiones pueden ocurrir en el momento en que se forma el hematoma o hasta meses o años después.

BIBLIOGRAFÍA

1. Greenberg MS. Handbook of Neurosurgery, Thieme, New York, NY, 6th edition, 2006.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.