



242/3234 - DÉFICIT NEUROLÓGICO EN ANCIANO CON DIAGNÓSTICO NO SOSPECHADO HABITUALMENTE

M. Muñoz Lozano^a, A. Simón Fuentes^b, A. Carrasco Fernández^c, C. Hernández Teixidó^d y F. Carramiñana Barrera^e

^aMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^eMédico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 87 años. AP: no alergias medicamentosas conocidas, HBP, BAV 1^o grado. Faquectomía. IABVD. Tratamiento: triflusal, tamsulosina-dutasterida, omeprazol. Acude a nuestra consulta refiriendo mareo con pérdida de equilibrio. Desde hace 2 semanas “nota menos fuerza en piernas, anda con bastón y necesita agarrarse para subir escaleras, cuando los días previos se subía a los árboles para coger cerezas”, hecho que reitera y confirma su hija. Niega sensación de giro de objetos, síncope ni relajación de esfínteres, ni alteraciones del lenguaje. No refiere caída previamente.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, eupneico, normohidratado y perfundido. Constantes vitales normales. Tendencia para caerse mientras está sentado en la camilla. CyC, AC y abdomen: normales. AP: hipofonesis generalizada. E. neurológica: PICNR, PC conservados, no nistagmus, no alteraciones de fuerza o sensibilidad. Dedo-nariz normales. Romberg negativo. ECG: RS a 65 lpm, eje normal, BAV 1^{er} grado. Ante la sospecha de ACV, se deriva a Servicio de Urgencias Hospitalarias realizándose las siguientes pruebas complementarias: Hemograma, coagulación, bioquímica y orina: normales. Rx tórax: cardiomegalia. TAC craneal sin contraste: Hematoma subdural de 3 cm de espesor máximo con áreas lineales en su interior sugestivas de resangrado, desviación de línea media y colapso parcial de ventrículo lateral derecho y III ventrículo.

Juicio clínico: Hematoma subdural subagudo/crónico. El paciente es ingresado para craneostomía y evacuación del HSD. Al alta, asintomático y sin restos de hematoma en dos TAC de control.

Diagnóstico diferencial: Intoxicación etílica. Síndrome confusional. ACV. Vértigo. Demencia.

Comentario final: La HSD es una enfermedad prevalente con aumento de frecuencia en ancianos. En la mitad de los casos existe caída sin TCE o puede que no la recuerden. Puede existir demora entre caída y síntomas (rango 15-751 días). Debemos sospechar HSD en anciano con síntomas neurológicos, ya que simula cualquier enfermedad neuro-psiquiátrica. Los síntomas de HTIC son infrecuentes, no en la HSD aguda, ya que la atrofia cerebral proporciona espacio para acomodar el hematoma.

Bibliografía

1. Hematoma subdural en el anciano (el gran simulador). Disponible en:
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID = 83291>
2. Patricio M, Francisco Mery M. Hematoma subdural crónico: Una enfermedad del adulto mayor. Rev Méd Chile. 2003;131(2).

Palabras clave: Hematoma subdural. Anciano.