

## 347/899 - VARÓN DE 50 AÑOS, CON HEMIPARESIA IZQUIERDA, INESTABILIDAD EN LA MARCHA Y CEFALEA

A. Fernández Callejón<sup>a</sup>, I. Fernández Callejón<sup>a</sup> e I. Galindo Román<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital de la Línea de la Concepción. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 50 años, con antecedentes de diabetes mellitus insulinodependiente. Acude a consulta por referir debilidad a nivel de hemicuerpo izquierdo de varios días de evolución, con imposibilidad e inestabilidad en la marcha progresiva, sufriendo caída al suelo. Refiere además cefalea motivo por el cual había acudido a Urgencias en los días previos. Sin otra sintomatología acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Eupneico. Afebril. Hemodinámicamente estable. Auscultación cardiorespiratoria normal. Abdomen anodino. Neurológicamente con Glasgow 15/15, bradipsíquico, pares craneales conservados, con hemiparesia izquierda IV/V, inestabilidad en la marcha con Romberg (+). Analítica: sin hallazgos de interés. TAC craneal: hematoma subdural subagudo, de la convexidad derecha, con un grosor máximo de 26,14 mm, con efecto masa importante sobre parénquima, comprimiendo el ventrículo lateral derecho y con dilatación del ventrículo lateral izquierdo, desplazando la línea media unos 13,3 mm hacia la izquierda (herniación subfalcina). También se aprecia HSD en la convexidad izquierda en estadio subagudo, con efecto hematocrito, con un grosor máximo de 8 mm y siendo de mayor grosor a nivel del lóbulo frontal izquierdo en su región frontobasal, donde mide unos 13 mm. No se identifican líneas de fracturas.

**Orientación diagnóstica:** Hematoma subdural crónico hemisférico derecho.

**Diagnóstico diferencial:** Cefalea migrañosa, ACVA isquémico, Tumor cerebral, etc.

**Comentario final:** En el caso de esta paciente, tras resultado de pruebas complementarias, se contactó con Neurocirugía de Hospital Puerta del Mar (Hospital de referencia) y se procedió a traslado del mismo en UCI móvil. A su llegada tras valoración por Neurocirugía se procede a intervención realizándose craneotomía con evacuación de HSD a través de 2 trepanos a nivel frontal y parietal derecho con salida de gran cantidad de colección sanguinolenta a presión. Tras la cirugía presenta muy buena evolución clínica, recuperando totalmente el déficit motor, comenzando a deambular correctamente, por lo que se procede al alta hospitalaria, con revisión en un mes con TAC de control.

### Bibliografía

1. Lee JK, Choi JH, Kim CH, et al. Chronic Subdural Hematomas: A Comparative Study of Three Types of Operative Procedures. J Korean Neurosurg Soc. 2009;46:210-4.

**Palabras clave:** Hemiparesia. Inestabilidad. Cefalea.