



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/990 - Y LUEGO DE UN TRAUMATISMO SIN IMPORTANCIA...

E. Gaite Pereira¹, G. Peralta Díaz², G. Núñez Almonte³ y J. Sánchez⁴

¹Médico de Familia. Centro de Salud Auxiliar de Hondón de los Frailes. Alicante. ²Médico de Familia. Centro de Salud Pla Vinalopó. Alicante. ³Médico de Familia. Centro de Salud Orihuela Costa. Torrevieja. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Aspe. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 71 años, mas de 30 años con artritis psoriásica, ahora en tratamiento con Humira 40 mg, hipertensión arterial en tratamiento con amlodipino 5/valsartán 160, laminectomía L4-L5 en 2011. Acude a urgencias porque hace 2 días empieza con disfasia leve y paresia en pierna derecha con desequilibrio. Glasgow 15. Se encuentra registro de 60 días antes, con caída contusión y hematoma nasal luego de tropezar, por el que fue a urgencias y fue dado de alta por no evidenciar fracturas y por exploración neurológica normal.

Exploración y pruebas complementarias: Radiografía torácica normal; analítica sangre y orina normales; Tomografía craneal con hematomas subdurales subagudo precoz izquierdo y subagudo tardío derecho. Línea media centrada. El paciente fue ingresado y derivado a un centro de mayor complejidad para evacuar los hematomas con craneotomía derecha e izquierda. La disfasia desapareció inmediatamente y a los 4 días pudo andar sin ninguna dificultad. Tomografías posteriores completamente normales.

Orientación diagnóstica: Hematoma subdural subagudo (HSC).

Diagnóstico diferencial: Ictus, hemorragia subaracnoidea, tumor cerebral.

Comentario final: La HSC es el sangrado debajo de la última meninge del cerebro con manifestación clínica luego de varias semanas o meses. La tasa de mortalidad general estimada en pacientes que requieren cirugía es de 40 a 60%. Empeora el pronóstico, mayor edad, baja puntuación Glasgow, lesiones intracraneales o extracraneales asociadas, > 10 mm de grosor, desplazamiento de la línea media > 5 mm, espacio reducido de las cisternas cerebrales con aumento de presión intracraneal mayor de 20 mmHg. En los casos crónicos se recomienda evacuar si el paciente tiene potencial de recuperación, si hay evidencia de deterioro cognitivo moderado o grave o deterioro neurológico progresivo atribuible a la HSC.

Bibliografía

1. Bullock MR, Chesnut R, Ghajar J, et al. Surgical management of acute subdural hematomas. Neurosurgery. 2006;58:S16.
2. Parlato C, Guarracino A, Moraci A. Spontaneous resolution of chronic subdural hematoma. Surg Neurol. 2000;53:312.

Palabras clave: Hematoma subdural. Traumatismo craneoencefálico. Déficit neurológico brusco.