



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/2095 - ¿ANCIANO SOMNOLIENTO ES IGUAL A ITU?

C. Martín Paredes, S. Altabás González, M. Genafó Signoret y G. Talavera Utrera

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 94 años que acude a consulta por deterioro progresivo del estado general. Vista el día previo en urgencias hospitalarias con diagnóstico de cistitis aguda en tratamiento con cefixima, pendiente de urocultivo. Actualmente, afebril, sin otra sintomatología asociada. Reinterrogando a la familia cuentan caída hace dos semanas sin claro traumatismo craneoencefálico. Remitimos a la paciente a urgencias hospitalarias para continuar evolución.

Exploración y pruebas complementarias: No RAMC. HTA sin otros FRCV. BMN. Vejiga neurógena. Tratamiento habitual: mirabegrón 50 mg, tiamazol 5 mg, amlodipino 5 mg, TA 140/60 mmHg, FC 62 lpm, SatO₂ 97% basal, Afebril. Normocoloreada, bien hidratada y perfundida. ACP: Arritmica sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen; sin alteraciones MMII: no edema ni signos de TVP. Neurológica: Glasgow 15, hipofluencia verbal, lenguaje espontáneo con parafasias, inestabilidad de la marcha con imantación y ataxia-abastia. Resto sin focalidad neurológica. ECG: Arritmia sinusal sin alteraciones de la repolarización. Analítica: hemograma normal, función renal y hepática normales. PCR 19. Sedimento de orina negativo. Pendiente de urocultivo. TC craneal: Hematoma subdural crónico hemisférico bilateral con desviación de 5 mm de línea media hacia la derecha.

Orientación diagnóstica: La paciente llega a urgencias hospitalarias donde repiten estudios analíticos. Ante los datos encontrados en la exploración, avisamos a Neurología de guardia, quienes solicitan TC craneal con diagnóstico descrito previamente. Tras el diagnóstico, avisan a Neurocirugía de H. Virgen de la Salud (Toledo) y la paciente es trasladada para tratamiento oportuno.

Diagnóstico diferencial: Cistitis aguda, hematoma subdural, deterioro cognitivo.

Comentario final: Se define hematoma subdural por la presencia de sangre entre duramadre y membrana subaracnoidea. Entre los principales factores de riesgo encontramos traumatismo previo, atrofia cortical, tratamiento antitrombótico... La incidencia exacta es desconocida. Existe un amplio espectro de manifestaciones clínicas, en las que alteraciones del nivel de consciencia predominan en el hematoma subdural crónico junto con cefalea, apatía, así como cuadros convulsivos. El diagnóstico se establecerá mediante pruebas de imagen (TC craneal), y el tratamiento dependerá entre otros factores de la situación basal del paciente.

Bibliografía

1. Besenski N. Traumatic injuries: imaging of head injuries. Eur Radiol. 2002;12:1237.

2. Bullock MR, Chesnut R, Ghajar J, et al. Surgical management of acute subdural hematomas. *Neurosurgery*. 2006;58:S16.

Palabras clave: Somnolencia. Hematoma subdural.