

# Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.semmergen.org>



## 424/241 - ATAXIA AGUDA EN PACIENTE JOVEN

J. López Regal<sup>1</sup>, C. Barrera Duarte<sup>2</sup> y B. Muntadas Molet<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Institut Català de Salut. Àrea Básica de Salud Santa Eugenia de Berga. Barcelona. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Àrea Básica Manlleu. Barcelona. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP El Remei. Vic. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 30 años sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos, único antecedente patológico a destacar accidente tránsito en 2006 con TCE y hematoma subdural que presenta un cuadro cefalea de aproximadamente una semana de evolución acompañado de náuseas que han ido aumentando progresivamente y sensación de inestabilidad. La clínica se inició de manera brusca (despertar), pero se ha visto incrementada de manera progresiva. Cefalea empeora con maniobras de Valsalva se acompaña de vómitos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración neurológica vigil (GCS 15) alerta y orientado, sin alteraciones del lenguaje ni del habla. Fotofobia. Dismetría de predominio en ESI y EII. Marcha atáxica. Signos de irritación meníngea. Analítica con valores dentro de la normalidad. TAC craneal: hematoma cerebeloso en región vermiana de dimensiones 23 × 17 × 21 mm (volumen aproximado de 4 ml) que asocia moderado edema perilesional con discreto efecto masa sobre surcos de ambos hemicerebros y sobre IV ventrículo sin obliteración del mismo. Hiperdensidad subgaleal frontoparietal derecha que asocia retracción del tejido subcutáneo con focos puntiformes hiperdensos en su interior. A correlacionar con antecedentes del paciente (área cicatricial/fibrosis). AngioTAC sin alteraciones destacables.

**Orientación diagnóstica:** Ante la sospechada de probable ictus con afectación cerebelosa se deriva para realizar TAC craneal en Hospital de Vic en el que se evidencia de hematoma cerebeloso sin causa subyacente aparente, por lo que se deriva a hospital de tercer nivel.

**Diagnóstico diferencial:** Angiopatía amiloide, etanol, enfermedades hematológicas, anticoagulantes y fibrinolíticos, tumores cerebrales, malformaciones vasculares, síndrome de Moya-Moya, arteriopatías inflamatorias no infecciosas y infecciosas y consumo de drogas simpaticomiméticas.

**Comentario final:** La hemorragia cerebral espontánea no aneurismática supone el 10-15% de todos los ictus sin embargo condiciona un peor pronóstico, con tasa más elevadas de morbilidad y mortalidad. La afectación cerebelosa se suele manifestar con ataxia, parálisis de la mirada conjugada ipsilateral, signos de tronco y pérdida de conciencia. Es frecuente que durante las primeras horas se produzca un empeoramiento clínico, lo cual condiciona un peor pronóstico, por lo que se considera una emergencia neurológica en la que debe realizarse diagnóstico y tratamiento

adecuado de manera precoz.

**Palabras clave:** Hemorragia intracerebral. Ictus. Ataxia.