

424/3967 - VÉRTIGO HEMORRÁGICO

M. Dorante Delgado¹, Á. Maqueda Vilchez², M. Alba Magriz³ y M. Catalina Moñino⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de Consolación. Sevilla.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Sevilla.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaira. Sevilla.⁴Médico de Familia. Hospital Alta Resolución Constantina. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 77 años, que presenta cuadro de dos semanas de evolución de sensación de inestabilidad y giro de objetos, que ha propiciado incluso una caída con traumatismo craneoencefálico (TCE) leve sin pérdida de conciencia, con aumento progresivo de clínica en los últimos 3 días. Cervicalgia acompañante, similar a otras ocasiones por cervicoartrosis diagnosticada. En los últimos días aprecian dificultades para desarrollar sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD), precisando ayuda de su hija. Se trata de paciente hipertensa, dislipémica, con fibrilación auricular (FA) paroxística anticoagulada con acenocumarol, síndrome ansioso-depresivo, fibromialgia y episodios de vértigos periféricos desde hacía años.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente entra caminando, buen estado general, normocoloreada, eupneica y afebril. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Limitada la movilidad de ojo izquierdo hacia la izquierda, resto de pares craneales conservados, sin nistagmus. Deambulación inestable con cierta tendencia a la lateralización derecha. Romberg negativo. Babinsky flexor bilateral. Signos meníngeos negativos. Leve pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho (4/5). Lenguaje normal. Simetría facial. Derivamos a hospital para estudio. En analítica: hemograma normal, bioquímica normal destacando creatinina 1,40 mg/dl. Coagulación; INR en 1,97 por acenocumarol. En TAC cráneo, se aprecian colecciones extraaxiales frontoparietales bilaterales compatibles con hematomas subdurales subagudos (25 mm grosor izquierdo, 17 mm en derecho) de predominio izquierdo, con ligera desviación de línea media. Además lesión más aguda compatible con resangrado izquierdo.

Orientación diagnóstica: Hemorragia subdural subaguda.

Diagnóstico diferencial: Vértigo paroxístico periférico benigno. Neuritis vestibular. Vértigo farmacológico. TCE. Accidente cerebrovascular.

Comentario final: La hemorragia subdural es la existencia de sangrado entre la duramadre y la aracnoides. El 50% de los mismos puede estar precedido por un TCE, y se ha visto que los de índole espontánea están en relación con la anticoagulación, como el caso de la paciente. La clínica suele ser más insidiosa e inespecífica que la de la hemorragia epidural, por lo que su diagnóstico puede retrasarse y aumentar las complicaciones o secuelas. Suele ser un sangrado venoso, que avanza lentamente. En pacientes anticoagulados existe una incidencia del 0,2% anual, en los que aparece este tipo de sangrado.

Bibliografía

1. Eaton DA, Roland Ps. Dizziness in the older adult. Part 1. Evaluation and general treatment strategies. *Geriatrics*. 2003;58(4):28-30.
2. Greenberg MS. *Handbook of Neurosurgery*, Thieme, New York: NY, 6th ed; 2006.

Palabras clave: Vértigo paroxístico periférico benigno. Hematoma subdural.