



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/1486 - FOCALIDAD MIGRATORIA EN HSA

J. Monllor Méndez¹, D. Rodríguez Bobada², M. Espinosa Monroy³ y M. Fernández Vizcaíno⁴

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Villarta de San Juan. Villarta de San Juan. Ciudad Real. ²Residente de 3^{er} año de Gastroenterología. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. ³Residente de 3^{er} año de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. ⁴Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 67 años que acude a urgencias por cuadro de acorchamiento y sensación de hormigueo que comienza en el primer dedo de la mano derecha y va migrando dedo a dedo hasta que desaparece de la mano. Finalmente esta sensación termina en zona malar y hemilengua derecha. Esta sensación se instaura y termina de forma lenta, en cuadro de duración global de 10 minutos. Refiere que esta sensación le lleva ocurriendo a intervalos irregulares durante un mes. A veces también se le asocia afectación crural a nivel glúteo y en cara posterior del muslo junto a torpeza manipulativa derecha. No refiere otros cefalea, pérdida de conciencia, disartria u otro signo de focalidad asociado. El paciente refiere fallos de memoria cada vez más habituales, que han sido estudiados por Neurología en consultas externas, donde se ha descartado enfermedad degenerativa subyacente.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente, colaborador y orientado. Funciones superiores conservadas. Pupilas normorreactivas, simétricas e isocóricas. Resto de pares craneales normales. Fuerza conservada en MMSS y MMII VI/VI. Moderada pérdida de sensibilidad en mano derecha. Resto de sensibilidad normal. No presenta dismetría ni disidiadococinesia. No respuesta extensora en reflejo cutáneo plantar. No alteraciones de la marcha. Análisis: sin alteraciones. EHCNI: ateromatosis carotídea incipiente bilateral. Sin otros datos patológicos. TAC craneal: imagen lineal hiperdensa en surcos de lóbulo parietal izquierdo, próximo a vértex craneal, compatible con hemorragia subaracnoidea.

Orientación diagnóstica: Hemorragia subaracnoidea espontánea en lóbulo frontal izquierdo. La imagen posterior de resonancia magnética en planta confirma un infarto subclínico previo en la zona ACA-ACM izquierda.

Diagnóstico diferencial: Aneurisma cerebral. Encefalitis. Empiema subdural. Neoplasias. Meningitis.

Comentario final: La causa principal de hemorragia subaracnoidea es la ruptura de un aneurisma endocraneal en la mayoría de los casos. La supervivencia de esta patología ha aumentado en las últimas décadas debido a mejoras en el diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, los supervivientes suelen quedar con deficiencias que lastran mucho su calidad de vida. Se vuelve clave la detección rápida del médico de urgencias para aplicar los cuidados necesarios.

Bibliografía

1. Andreasen TH, Bartek Jr, Andresen M. Modifiable risk factors for aneurysmal subarachnoid hemorrhage. Stroke. 2013;44:3607-12.

Palabras clave: Hemorragia. Aneurisma. Focalidad.