



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

482/934 - CEFALEA, VÓMITOS Y SOMNOLENCIA TRAS AGRESIÓN

R. Junquera Meana¹, M. Fernández González², E. Vázquez Alonso³ y A. Roces Iglesias⁴

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias. ²Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias. ³Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias. ⁴Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Collorto. Oviedo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 30 años con antecedentes de hipoacusia neurosensorial que acudió a la guardia de Atención Primaria tras sufrir agresión con barras de metal en cabeza y cuerpo, quedando tirado en el suelo durante al menos 1 hora sin pérdida de conocimiento. Anamnesis limitada por barrera comunicativa. Las constantes fueron normales, y la auscultación cardiopulmonar y la exploración neurológica anodinas. Se remitió a Urgencias Hospitalarias para completar estudios. Allí se realizó TC craneal que descartó lesiones intracraneales. El día siguiente el paciente comenzó con vómitos, anorexia, mareos y somnolencia por lo que acudió a Urgencias de nuevo. Ante diagnóstico final, se decide ingreso para tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: FC 72, TA 142/70, SatO2 98%. Exploración: auscultación cardiopulmonar normal, abdomen anodino, exploración neurológica sin focalidad. TC Craneal sin contraste: sin signos de patología intracraneal aguda. Ecografía abdominal: No se observan signos de uropatía obstructiva. Hiperecogenicidad de la corteza renal en ambos riñones, hallazgos en relación a probable insuficiencia renal de carácter agudo. Hemograma: hemoglobina 15,5 g/dL, 7.120 leucocitos con fórmula normal, 125.000 plaquetas. Bioquímica: glucosa 93 mg/dL, urea 51 mg/dL, creatinina 3,94 mg/dL, sodio 139 mmol/L, potasio 3,6 mmol/L, CK 353 U/L, LDH 285 U/L, enzimas pancreáticas y hepáticas normales. Gasometría venosa, coagulación y sistema de orina normales.

Orientación diagnóstica: Fracaso renal agudo por rabdomiolisis, vómitos y disminución de las ingestas.

Diagnóstico diferencial: Sangrado intracraneal, contusión de órganos abdominales, alteraciones iónicas.

Comentario final: La sospecha diagnóstica inicial, que en este caso era un sangrado intracraneal, no siempre es la acertada. Deberíamos ser más conservadores con la realización de pruebas de imagen que radian.

Bibliografía

1. Montero-Pérez FJ, Cosano-Santiago JM, del Campo-Vázquez P, Jiménez-Murillo L. Rabdomiolisis. En: Jiménez-Murillo L, Montero-Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 6^a ed. Barcelona: Elsevier; 2018. p. 551-4.
2. Esquivas de Motta E, Martín-Mallo A, Reyes-Aguilar C, Montero-Pérez FJ, Jiménez-Murillo L, Aljama-García P. Insuficiencia renal aguda. En: Jiménez-Murillo L, Montero-Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 6^a ed. Barcelona: Elsevier;

2018. p. 536-40.

Palabras clave: Agresión. Creatinina cinasa. Vómitos.