



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 204/194 - Hemorragia Talámico en contexto HTA

M. Gutiérrez Parra<sup>a</sup>, I. Abascal Sañudo<sup>a</sup>, O. Casanueva Soler<sup>b</sup>, L.P. Salag Rubio<sup>b</sup>, R. Maye Soroa<sup>b</sup>, L.E. Ojeda Carmona<sup>c</sup>, A.J. Albarracín Contreras<sup>d</sup>, A.L. Díaz Alvarado<sup>e</sup>, C. Carpintero Antoñán<sup>f</sup> y M. Anta Fernández<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>º</sup> año Medicina de Familia y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zapotón. Torrelavega. <sup>e</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Corrales de Buelna. Cantabria. <sup>f</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria. <sup>g</sup>Médico Adjunto de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 75 años, con antecedentes personales de HTA, DM2, DLP, flutter auricular y adenoma de próstata. En tratamiento con insulina Lantux y, metformina, Xarelto y atorvastatina. Acude a su médico de familia por un cuadro de aproximadamente 4 horas de evolución de pérdida de fuerza en ESI con desviación de la comisura bucal a la izquierda. Además se encontraba letárgico. No otros síntomas. Se deriva a servicio de urgencias hospitalaria para valoración.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 219/90, FC: 72 lpm. Temperatura 37,9 °C. El paciente presentaba mal estado general, letárgico. Pares craneales difícilmente valorables, con pupilas isocóricas y normoreactivas, y facial central izquierdo. La fuerza 2/5 en ESI, y 4/5 en EII. Sensibilidad y ROT difícil de explorar. Reflejo cutáneo plantar flexor. Electrocardiograma: rítmico con flutter a 75 lpm, sin otra patología. Rx tórax: no se aprecian alteraciones patológicas. TAC craneal: hematoma talámico derecho de 2 cm abierto a ventrículos.

**Juicio clínico:** Hematoma talámico derecho.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedades cerebrovasculares isquémicas: ACV embótico, embólico, trombosis venosa. Enfermedades infecciosas del SNC. Disección arterial.

**Comentario final:** Las hemorragias intracerebrales son la segunda causa de ictus, siguiendo a los procesos isquémicos. Las localizaciones más frecuentes son putamen, tálamo, protuberancia y cerebelo. La mayoría de las veces se trata de hemorragias profundas, que se producen por rotura de microaneurismas de Charcot-Bouchard, localizados en las pequeñas arterias perforantes, las cuales son particularmente susceptibles de los efectos de la hipertensión. Por lo tanto, su etiología más frecuente es la vasculopatía hipertensiva. Según algunos estudios, la hipertensión arterial podría aumentar a más del doble el riesgo de hemorragias intracerebrales. El tratamiento médico se basa en el control de la tensión arterial y en la utilización de manitol y otros agentes osmóticos para reducir la presión intracraneal. La indicación quirúrgica es controvertida, considerándose de forma individualizada en función de la edad, o situación neurológica del paciente, tamaño y localización del hematoma. En general no está indicada en el caso de hematomas profundos (ganglios de la base y tronco del encéfalo) y se recomienda en pacientes con hemorragia cerebelosa aguda de 3-4 cm o más de diámetro con deterioro del nivel de conciencia y signos radiológicos de herniación transtentorial inversa.

En nuestro caso, el MAP había realizado un buen control de todos los factores de riesgo cardiovascular, pero se había olvidado de uno muy importante... la hipertensión.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Clagett GP, Sobel M, Jackson MR, et al. Antithrombotic therapy in peripheral arterial occlusive disease: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest*. 2004; 26:609S.
2. Tunick PA, Kronzon I. Atheromas of the thoracic aorta: clinical and therapeutic update. *J Am Coll Cardiol*. 2000;35:545.