



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

413/97 - HEMATOMA PARENQUIMATOSO CEREBELOSO

J. Briosso Rodríguez¹, A. Matías Hernández¹, V. Gómez Limontes², P. Panero Argüello³, C. Rodríguez de la Pinta⁴, H. Fernández González⁴

¹Médico Residente de 2º año. Centro de Salud Santa Elena. Zamora. ²Médico Residente. Centro de Salud. Santa Elena. Zamora. ³Médico Residente de 2º año. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora. ⁴Médico Residente de 2º año. Centro de Salud Puerta Nueva. Zamora.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 49 años, con antecedentes de HTA, exfumador, hepatopatía enólica, úlceras duodenales, antroduodenitis, varices esofágicas grado I y esófago de Barrett. No tenía alergias medicamentosas conocidas. En tratamiento únicamente con esomeprazol. Acudió a urgencias por cefalea de cuatro días de evolución, exacerbada en las últimas horas, de características opresiva y holocraneal, acompañada de vómitos en las últimas horas e inestabilidad. No fiebre. Su esposa refería que hablaba más despacio.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial 157/89 mmHg, frecuencia cardíaca 94/minuto, saturación 98%, T^a 35,8 °C. Glucemia 134 mg/dl. Mal estado general, consciente, poco colaborador, no lograba ponerse de pie, eupneico en reposo, palidez cutánea. Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal normales. Neurológico: pupilas isocóricas y normorreactivas, nistagmo a la izquierda. Resto de pares craneales normales. Dudosa rigidez de nuca. Sensibilidad y fuerza conservadas y simétricas. Incapacidad para ponerse de pie. Dismetría. Disartria. Glasgow 14. Se solicitó analítica urgente: Hb 13,4 g/dl. Leucocitos 5560/mm³, con fórmula normal. Plaquetas 86.000. Tiempo de protrombina 60%, INR 1,43. Gasometría normal. Glucosa 134, resto normal. Se pidió TAC urgente: hematoma parenquimatoso cerebeloso izquierdo, con mínimo efecto masa y desviación de la línea media de fosa posterior. No hay invasión ventricular.

Juicio clínico: Hematoma parenquimatoso cerebeloso.

Diagnóstico diferencial: Ictus isquémico, ictus hemorrágico, hemorragia subaracnoidea, meningitis, hipertensión intracraneal.

Comentario final: La HTA es el factor de riesgo más claramente implicado en la hemorragia intracraneal (55-81%), sobre todo en pacientes que incumplen el tratamiento, mayores de 55 años y jóvenes fumadores. La HTA se encuentra en el 91% de los pacientes en el momento de la hemorragia y en el 72% de los casos los pacientes son hipertensos conocidos. El consumo de alcohol de más de 50-100 g/día aumenta el riesgo de hemorragia en relación con dos mecanismos: su efecto hipertensor, que altera la integridad vascular, y las alteraciones de la coagulación derivadas de la hepatopatía subyacente. Por tanto, es nuestro deber como médicos de familia controlar las cifras de tensión arterial en nuestros pacientes y concienciarlos acerca de la importancia de una buena adherencia terapéutica.

Bibliografía

Escudero Augusto D, Marqués Álvarez L, Taboada Costa F. Actualización en hemorragia cerebral espontánea. *Med Intensiva*. 2008;32(6):282-95.

Palabras clave: Ictus hemorrágico. Cefalea. Hipertensión arterial.