

# TODO COMENZÓ CON UNA GASTROENTERITIS...

**Autores:** Quesada Martínez, M.C; Hernández Martínez, C; Casas Torres, A.I; Giménez, J.I; Fernández Camacho, D; Alarcón Sáez, C.  
C.S. Vistabella de Murcia

**Introducción:** La hemorragia intracerebral primaria se da por una rotura vascular espontánea. Es más frecuente en varones, fumadores, edad avanzada, hipertensos... Representa el 15% de los ictus e implica un peor pronóstico con tasas más altas de morbimortalidad por lo que un correcto manejo puede resultar vital.

**Palabras Clave:** Hemorragia intracraneal, hipertensión arterial, focalidad neurológica

**Descripción Del Caso:** Varón 68 años, fumador, hipertenso. Consulta por dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea y cefalea opresiva occipitofontal. Exploración: tensión arterial (TA) 180/100. Abdomen: doloroso en epigastrio, ruidos aumentados. Neurológico: normal. Se administra captopril obteniendo tensiones de 140/90. Se pauta tratamiento para GEA y analgesia. Al día siguiente refiere cervicalgia y cefalea intensa a pesar de analgesia. TA 225/130. Neurológico: bradipsiquia, dificultad de expresión y maniobra dedo nariz lentificada. Damos captopril y derivamos a urgencias. Diagnóstico diferencial: ictus isquémico o hemorrágico secundario a hipertensión. TAC: hematoma cerebeloso con hemoventrículo. Valorado por neurocirugía descartan cirugía urgente. A las 48 horas buena evolución, con TAC control: sin cambios y tras 72 horas y baja probabilidad de resangrado, desestiman cirugía y continúan tratamiento médico.

## Juicio Clínico: HEMORRAGIA INTRACRANEAL

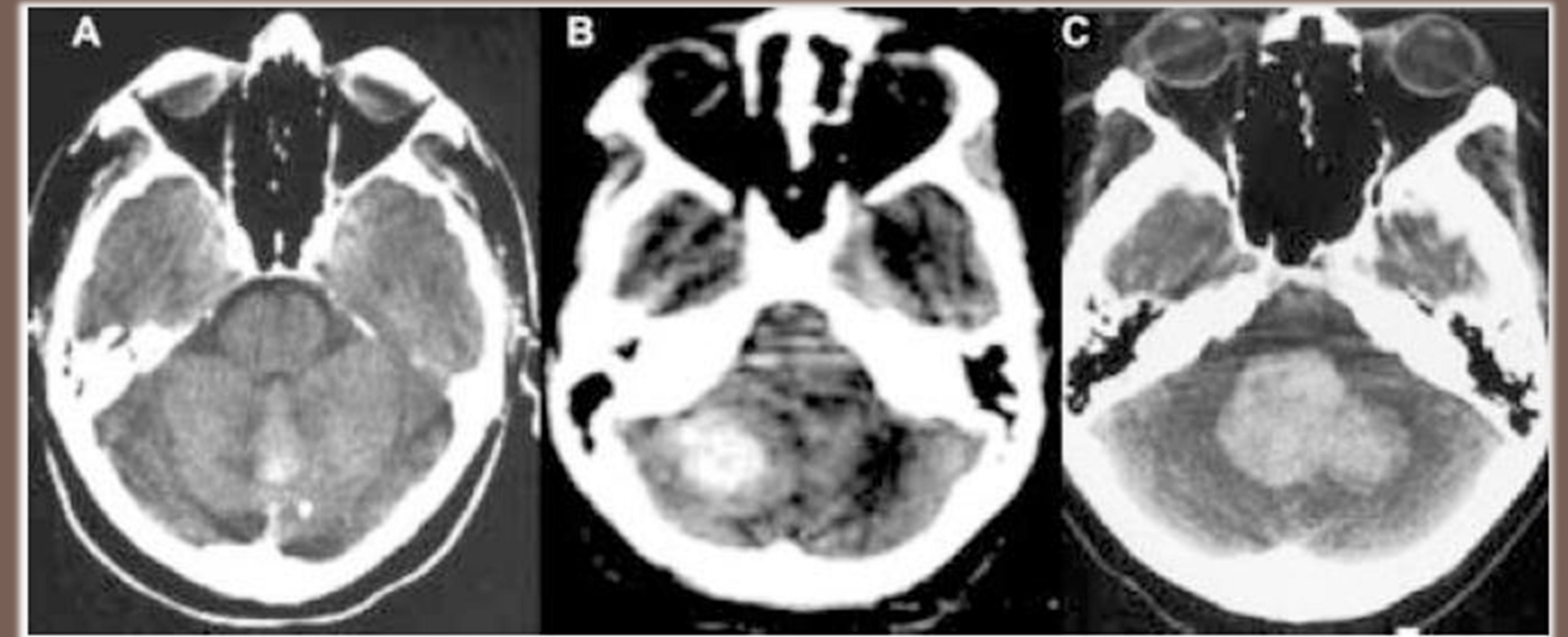


Figura 1. Imágenes de tomografía de la fosa posterior. A. Hematoma grado I: tamaño y configuración normal del IV ventrículo, hematoma localizado en la línea media; B. Grado II: IV ventrículo parcialmente comprimido y desplazamiento de la línea media; C. Grado III: obliteración completa del IV ventrículo con desplazamiento anterior y compresión del tallo cerebral y disminución del espacio preponitino.

**Estrategia práctica de actuación:** Importante conocer signos de alarma para actuar rápido, pues repercutirá en el pronóstico. Realizar anamnesis, descartar traumatismo previo, valorar tensión y exploración física y neurológica. Derivar urgentemente para TAC ya que clínicamente es complicado diferenciar ictus isquémico de hemorrágico, solicitar analítica (con coagulación), electrocardiograma y radiografía de tórax. Tratamiento: fluidoterapia, retirar anticoagulación, si hipertermia paracetamol y si agitación sedantes suaves, profilaxis trombosis venosa con medidas de compresión sin iniciar heparina primeras 48 horas, tratamiento de hipertensión debe ser más energético que en ictus isquémicos iniciándose si TAS > 185 o TAD > 105.

## BIBLIOGRAFIA:

- Rodríguez Yáñez, M; Castellanos, M; Freijo, M.M; López Fernández, J.C; Martí-Fàbregas, J; Nombela, F; et al. Guías de actuación clínica en la hemorragia intracerebral. Neurología. 2013;28:236-49.
- Lebrón-Patricio, Y.; Belenguer-Carreras, L.M. Hemorragia intracerebral a propósito de un caso clínico sin factores de riesgo conocidos. FMC. 2013;20:625-6.