

UN ENEMIGO OCULTO

Murillo Marín. A, Silva Pereira. J, Torres Ramirez. M, Cabañuz Plo. B, Mallet Redin. G, Febrero Burguete. JF (Residentes MFyC, Hospital Universitario Miguel Servet).

INTRODUCCIÓN: Mujer de 55 años sin antecedentes de interés, ni alergias conocidas.

Desde hace **dos horas**, mientras trabajaba presenta **inestabilidad, dificultad para pronunciar y cefalea intensa holocraneal**, que no refiere en estallido. Afebril, sin otra sintomatología.

Su familia refiere que estaba asintomática previamente.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Glasgow 14 (O:3-V:5-M:6), consciente, somnolienta, **disartria inteligible**, pupilas ICNRs, MOE normales, no rigidez de nuca ni signos meníngeos (aunque se desencadena **dolor con flexión cervical**). Pares craneales normales. Campos visuales normales, fuerza y sensibilidad normal, **marcada disimetría en extremidades izquierdas y leve en extremidades derechas**, RCP flexor bilateral. Resto de la EF sin alteraciones.

DD:

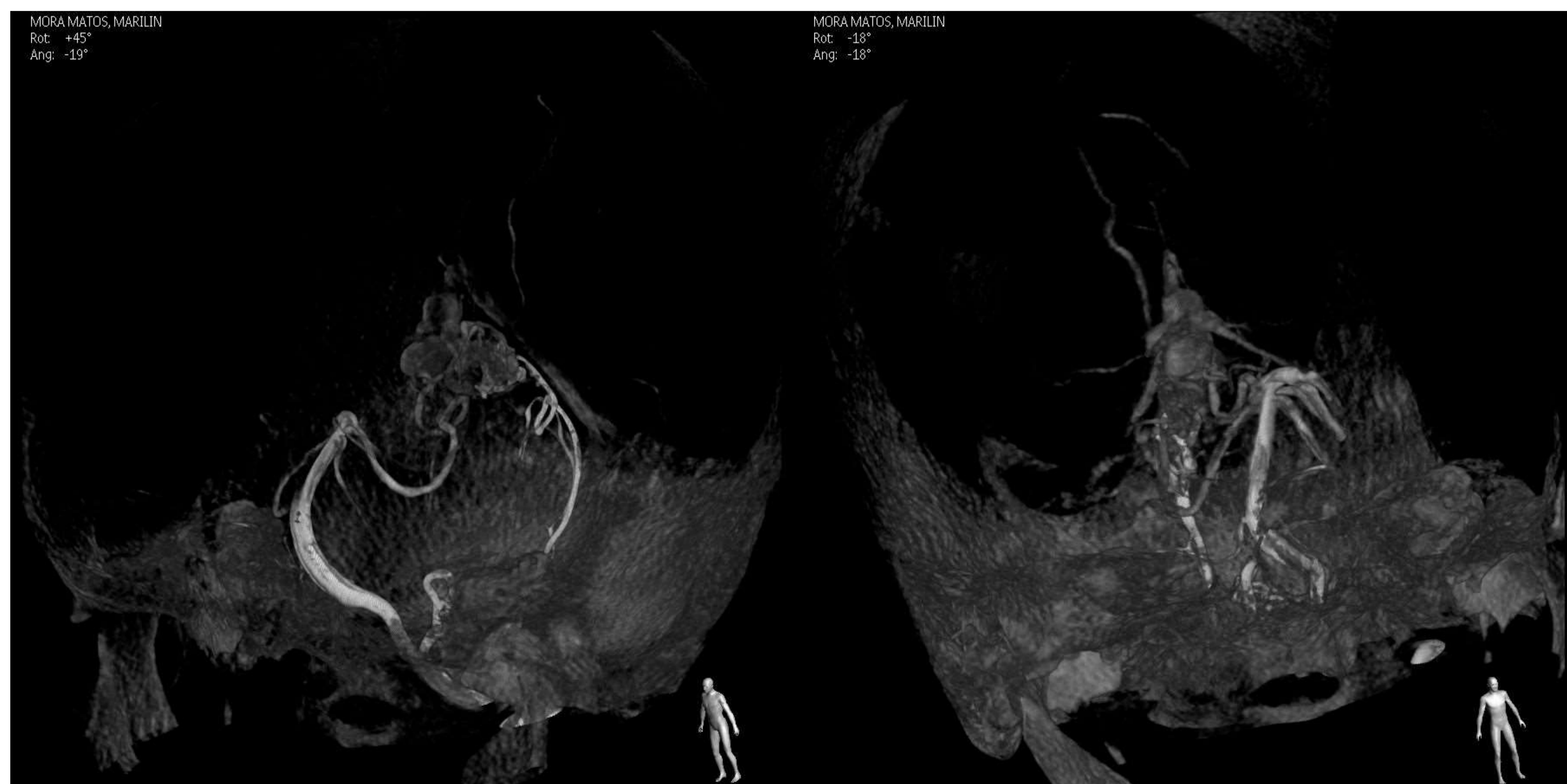
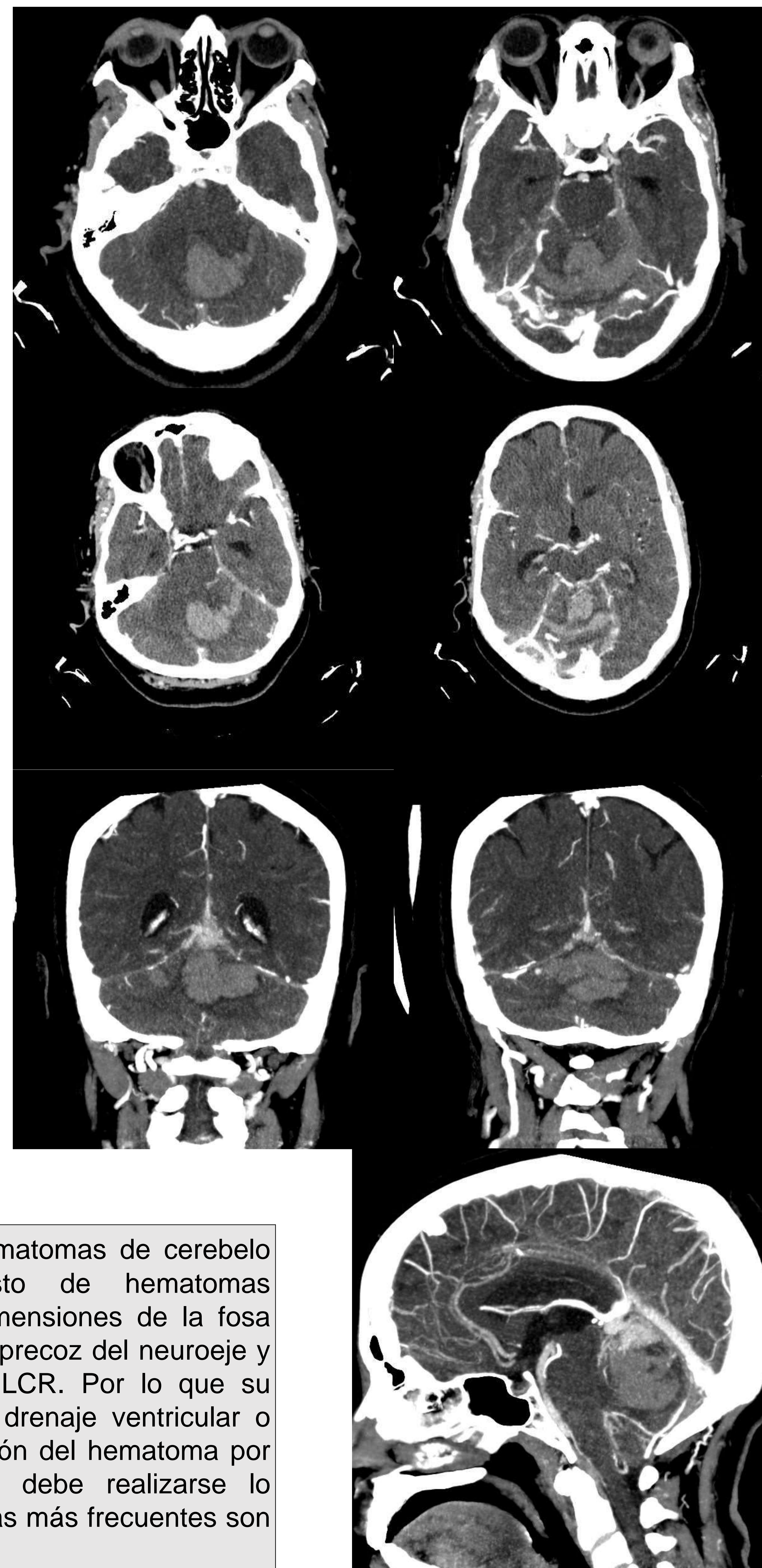
- Ictus isquémico o hemorrágico cerebeloso
- Hematoma subdural cerebeloso
- HSA
- LOE
- Intoxicación
- Esclerosis múltiple
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- ECG, AS y AO con tóxicos sin alteraciones.
- TC craneal: Hemorragia cerebelosa con vertido ventricular.
- AngioTC sugiere MAV subyacente.
- Arteriografía: MAV vermiana.

HEMATOMA CEREBELOSO POR RUPTURA DE MAV EN VERMIS SUPERIOR

TRATAMIENTO: DVE y evacuación del hematoma con resección de la MAV. TAC cerebral post-IQ y a las 48 horas sin complicaciones. PIC y PPC normales, se retira DVE. Dada de alta un mes después con Barthel: 80/100 y Rankin: 3. Deambulación con andador. Buen control de esfínteres. Atención y percepción normales. Persiste disartria discreta.



CONCLUSIÓN: Los hematomas de cerebelo son diferentes al resto de hematomas intracraneales por las dimensiones de la fosa posterior y la compresión precoz del neuroeje y las vías de drenaje del LCR. Por lo que su tratamiento, ya sea sólo drenaje ventricular o acompañado de evacuación del hematoma por craneotomía suboccipital debe realizarse lo antes posible. Las secuelas más frecuentes son ataxia e incoordinación.