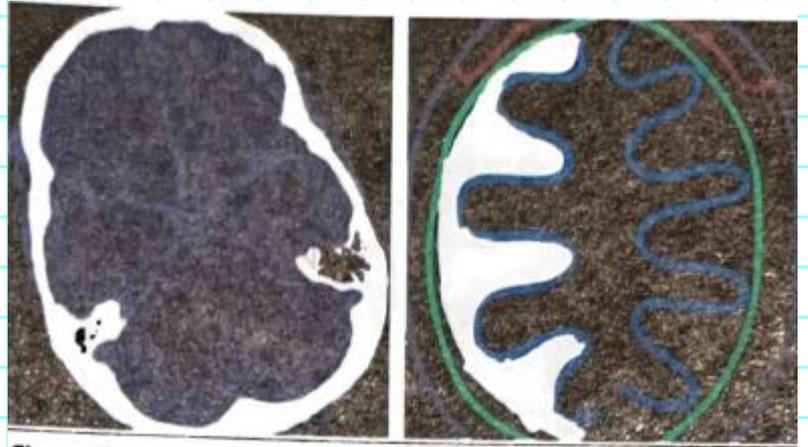
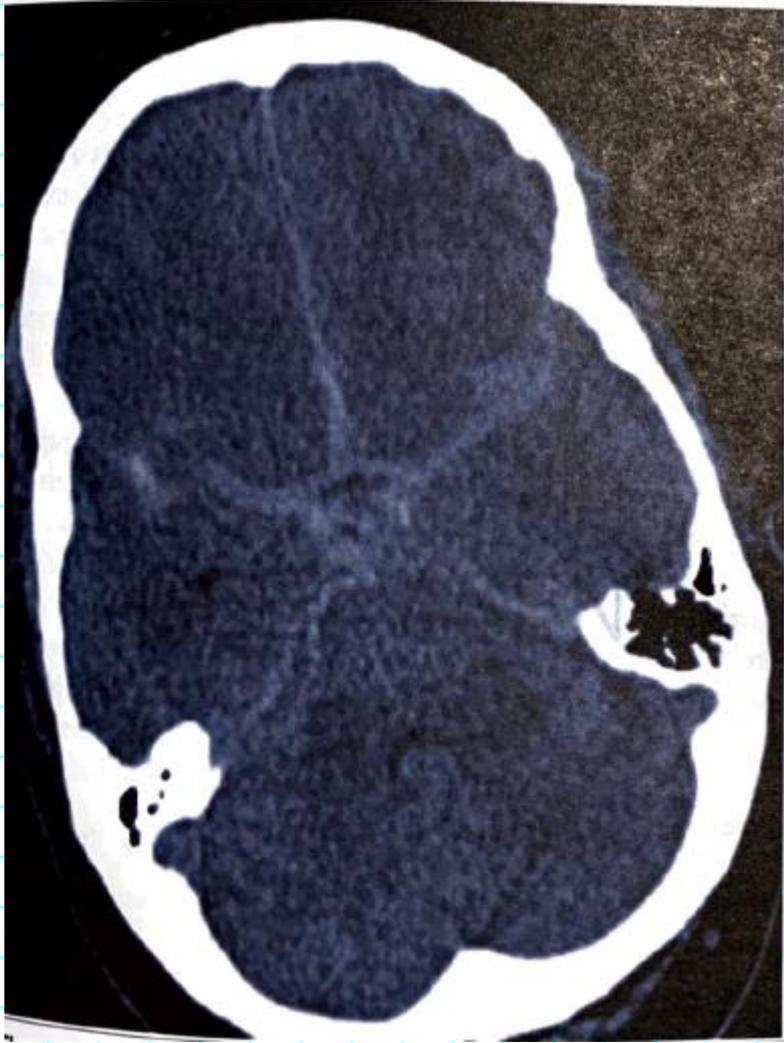


- **Nombre Del Estudiante: Adly Candy Vázquez Hernández**
- **Docente: Dr. Samuel Esaú Fonseca Fierro**
- **Materia: Medicina basada en evidencias**
- **Tema: "Caso clínico"**
- **Carrera: Medicina Humana**
- **Semestre: 8º**
- **Tuxtla Gutiérrez, Chiapas 31/03/2022**

CASO CLÍNICO 1

Una mujer de 40 años sufre una cefalea intensa, de comienzo súbito. Unos minutos después, pierde el conocimiento y cae al suelo. Solo responde a estímulos dolorosos. Cuando llega al hospital se encuentra estuporosa, persiste la cefalea y presenta vómitos y rigidez en la nuca, sin focalidad neurológica. Se realiza la TC que se observa a continuación. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

1. La causa más probable de los síntomas es la rotura de un aneurisma intracraneal.
2. Una causa menos probable podría ser la ruptura de una malformación arteriovenosa.
3. La pérdida transitoria de la conciencia podría explicarse por un aumento repentino de la presión intracraneal debido al sangrado.
4. Es necesario realizar una punción lumbar, ya que la TC no ha sido suficiente para sustentar el diagnóstico de sospecha.
5. en un estudio posterior, se debe considerar una angiografía cerebral.



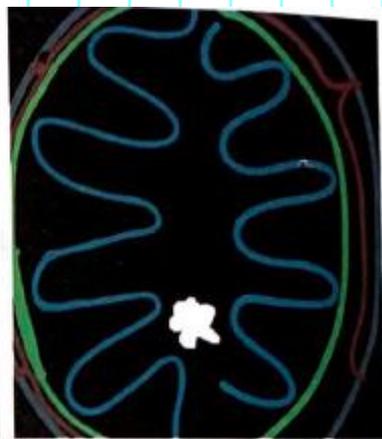
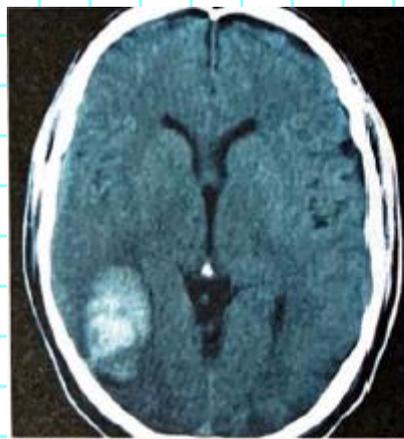
Este caso clínico describe una hemorragia subaracnoidea. En este caso, el coágulo hemático se encuentra en el espacio subaracnoideo y, por tanto, debajo de la aracnoides y en la superficie de la piamadre. Desde la PIA mater está íntimamente relacionado con la superficie cerebral, y dado que la sangre está en contacto directo con ella, la TC mostrará una imagen hiperdensa (sangre aguda) en las cisternas en la base y en los surcos cerebrales. Esta diferencia es esencial distinguirlo de los hematomas epidurales y subdurales (en los primeros, la sangre es extradural y, en este último, es intradural pero no entra en las ranuras o las cisternas en la base).

En cuanto a las opciones en esta pregunta, la respuesta falsa es no. 4. Realizaremos una punción lumbar sólo cuando la TC no es capaz de demostrar la hemorragia subaracnoidea y, a pesar de ser negativa, seguimos considerarlo muy probable. En este caso, no hay ninguna indicación para un punción lumbar, ya que la imagen adjunta muestra claramente la presencia de sangre en las cisternas y entre los surcos y fisuras cerebrales. En por otro lado, sería imprescindible una angiografía cerebral, ya que la causa más frecuente de hemorragias subaracnoideas espontáneas es la rotura de un aneurisma en una de las arterias cerebrales. La angiografía hará posible demostrar la presencia de lesiones aneurismáticas y determinar su ubicación y morfología con el fin de evaluar el tratamiento y evitar que vuelva a sangrar.

CASO CLÍNICO 2

Un hombre de 85 años, diagnosticado con la enfermedad de Alzheimer, es llevado a Urgencias por sus familiares por deterioro neurológico y cefalea. Los Síntomas comenzaron hace aproximadamente 30 minutos; Fueron leves al principio y se intensificaron gradualmente. Ha tenido sensación de náuseas y episodio de vómitos. La TC muestra la imagen adjunta a continuación. Indique el diagnóstico más probable.

1. Hemorragia subaracnoidea.
2. Hemorragia intraparenquimatosa.
3. Hematoma epidural.
4. Hematoma subdural.
5. Trombosis del seno venoso longitudinal superior.



Después de analizar los tres casos anteriores, esta pregunta probablemente no era muy difícil. Como sugiere su nombre, el hematoma intraparenquimatoso es una colección de sangre que aparece dentro del parénquima cerebral, como se muestra en la imagen adjunta a la pregunta. Como puede observar, el sangrado aparece ser hiperdensa con respecto a los tejidos circundantes y dentro de la límites del propio cerebro.

A diferencia de los accidentes cerebrovasculares isquémicos, en los que el déficit neurológico tiene un repentino inicio. Las hemorragias intraparenquimatosas tienen una evolución progresiva, por minutos, mientras la sangre sigue acumulándose. Otra diferencia es que los pacientes hemorrágicos tienen cefalea asociada, como en el caso del paciente en esta pregunta, ya que la sangre ocupa espacio y esto facilita la hipertensión intracraneal.

En cuanto a la etiología, probablemente se trate de una microangiopatía congofílica o angiopatía amiloide. Es la causa más frecuente de hemorragias espontáneas no hipertensivas en pacientes de edad avanzada, y la localización suele ser la región lobar subcortical, como en este caso. Se asocia frecuentemente a la enfermedad de Alzheimer, ya que, como sabéis, produce depósitos de amiloide a nivel cerebral (esto debilitaría las paredes de los vasos, lo que predispone al sangrado). Un diagnóstico firme sólo puede obtenerse mediante una necropsia, mediante la identificación de material amiloide positivo para rojo Congo en las arterias cerebrales. en cualquier caso, dada la historia del paciente y la localización del hematoma, este sería el diagnóstico presuntivo más probable.