



## HEMORRAGIA CEREBRAL EN VARÓN DIABÉTICO TIPO 1 DE 40 AÑOS

Jon Sagardui Villamor. Villanueva del Pardillo. Madrid

### Introducción

### Pruebas complementarias

DM tipo 1 diagnosticada a los 13 años. Fumador 10 cigarrillos al día. Bebedor de 50 gr/semana. IMC 29. Tratamiento: insulina glargina 34 U a las 23 h y bolos de insulina aspart. Residente en Reino Unido hasta hace 3 meses. Última Hba1c 10,4% con microalbuminuria. No descompensaciones agudas aunque sufre alguna hipoglucemia nocturna. Asegura que su fondo de ojo era normal. Reciente visita a urgencias por gastroenteritis con una creatinina de 1,9 mg/dl atribuida a Insuficiencia prerrenal. Quince días después se confirma la cr de 1,9 con un FG de 39 ml/min. Colesterol total 243mg/dl, TG 131 mg/dl, HDL 40 mg/dl, LDL 177 mg/dl. TA 120/84 mm Hg.

Estudio renal con ecografía normal. (sutil alteración en la diferenciación corticomedular). Se le diagnostica de IRC grado 3b. No presenta HTA y se pauta ramipril 2.5mg/12 horas y simvastatina 40 mg/día además de ajustar la insulina y hacer educación diabetológica. Se pauta ramipril para la nefropatía diabética y una estatina como prevención cardiovascular para conseguir descensos del 40-50% (podría equivaler a un LDL < 100 mg/dl). Los pacientes con ERC tienen un riesgo absoluto cardiovascular mayor, sobre todo en estadios G3b-G5 aunque no equiparable al de los pacientes con evento coronario previo.<sup>1</sup>

### Resultados

Tres meses después acude por cefalea de una hora de evolución de inicio progresivo. Se objetiva un pérdida de fuerza en extremidades izquierdas con pérdida de sensibilidad ligera diplopía y sensación de mareo y cierta disartria. Escala NIHSS 6. (Un NIHSS < 7 se corresponde con una excelente recuperación neurológica y cada incremento en un punto empeora la evolución).

TA 190/110. Glucemia capilar 200mg/dl. Resto de exploración física normal.

Se activa el código ictus ante la sospecha de un ictus isquémico. Se realiza TAC craneal que descubre una hemorragia intraparenquimatosa en región central de protuberancia del tronco encéfalo de 15\*10\*15mm con cierto discreto edema circundante sin hidrocefalia.

### Discusión

En la hemorragia cerebral la acumulación de sangre se produce en minutos, horas y los síntomas neurológicos suelen aumentar gradualmente durante minutos o unas pocas horas. A diferencia de la embolia cerebral y la hemorragia subaracnoidea, los síntomas neurológicos no comienzan bruscamente y no son muy intensos en el inicio. La HTA es su principal causa.

El paciente evolucionó satisfactoriamente. Se añadió amlodipino 10mg/12 horas y se continuó con la misma dosis de estatina sin llegar a las dosis máximas. La terapia intensiva con estatinas consigue una reducción de la incidencia de ictus en un 1,9% en términos absolutos y un 22% en términos relativos, pero se asocia a un aumento de un 0,9% en términos absolutos de las hemorragias cerebrales.<sup>1</sup>



Ítem	NIHSS	P
1a. Nivel de conciencia	Alerta	0
1b. Respuesta a estímulos verbales	Responde a estímulos verbales	1
1c. Respuesta a estímulos dolorosos o táctiles	Responde solo a estímulos dolorosos o táctiles	2
1d. Comandos sencillos	Responde a comandos sencillos de acciones motoras o no motoras	3
1e. Respuesta a comandos complejos	Responde a comandos complejos de acciones motoras o no motoras	4
2. Atención	Normal	0
3. Campos visuales	Sin déficit	0
4. Parálisis facial	Sin déficit	0
5a. NEED	Normal	0
5b. NEED	Normal	0
6a. NEED	Normal	0
6b. NEED	Normal	0
7. Ataxia de miembros	Normal	0
8. Sensibilidad	Normal	0
9. Compensación (afasia)	Normal	0
10. Extinción	Normal	0



### Conclusiones

La mayoría de los diabéticos tienen múltiples factores de riesgo cardiovascular. El 65% tienen un IMC >27,<sup>2</sup> el 50% tienen dislipemias<sup>3</sup> y el 80% son hipertensos<sup>4</sup>.

Es fundamental insistir en las medidas dietéticas y de estilo de vida para controlar todos los factores de riesgo cardiovascular modificables. La diabetes aumenta la probabilidad de enfermedad micro y macrovascular y el accidente cerebrovascular isquémico, pero no se ha demostrado con claridad que predisponga al ictus hemorrágico<sup>5</sup>. Sin embargo, datos de algunos estudios sugieren que la diabetes tipo 1 también podría ser un factor de riesgo de accidente cerebrovascular hemorrágico.<sup>6</sup>

### Referencias:

1. Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes para el tratamiento y control de la dislipemia como factor de riesgo cardiovascular. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Septiembre 2014 Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_Publicaciones\\_FA&cid=1354364279251&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1354364279251&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid)
2. European Public Health Alliance Web site. Obesity and diabetes. National Obesity Forum Annual Conference. <http://www.eph.org/a/3671>. Accessed 6 Feb, 2013.
3. Mancia G. Acta Diabetol. 2005;42(suppl 1):S17-S25
4. Isomaa B, et al. Diabetes Care. 2001;24(4):683-689.
5. Karapanayiotides T, Piechowski-Jozwiak B, van Melle G, et al. Stroke patterns, etiology, and prognosis in patients with diabetes mellitus. Neurology 2004; 62:1558.
6. Janghorbani M, Hu FB, Willett WC, et al. Prospective study of type 1 and type 2 diabetes and risk of stroke subtypes: the Nurses' Health Study. Diabetes Care 2007; 30:1730.