Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):12

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/381 - A PROPÓSITO DE UN ICTUS EN NUESTRA CONSULTA

M.G. Montes Ramírez[a], S. Berbel León[b], M.M. Martínez Abad[c], A.M. Parrella Martín-Gamero[b] e I. Hernández Rangel[a]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud San Carlos. San Lorenzo del Escorial. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Gregorio Marañón. Alcorcón. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Eloy Gonzalo. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Descripción del caso: varón de 69 años, previamente asintomático inicia con dificultad de emisión del lenguaje, conservando la compresión del mismo. Se activó Código Ictus, siendo trasladado al hospital en menos de una hora desde el inicio de los síntomas. Antecedentes personales: no RAMC.HTA bien controlada, exfumador desde hace 4 años, obesidad. En tratamiento con enalapril 20 mg. Situación basal vida activa.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, afebril, eupneico en reposo, bien hidratado, nutrido y perfundido, normocoloreado. ACP: rítmica sin soplos y MVC. Abdomen: blando, depresible. No megalias. MMII: no edemas, no signos de TVP. Expl. neurológica: consciente orientado en las tres esferas. Lenguaje normal (comprende, nomina y repite). No disartria. Ojos: campimetría normal. No nistagmus patológicos. Moviliza espontáneamente las cuatro extremidades. ROT: presentes y simétricos. ECG: RS a 59 lpm, sin alteraciones de repolarización. Hemograma: Hb 14,70 g/dl, Hcto: 45,20%, VCM: 85,80 fl. Leucocitos: 8,45 × 10^3/µL. Plaquetas: 219,00 × 10^3/µL. Coagulación act protromb: 7 lfib 297,00 mg/d 9%, INR 1,16, APTT (cefalina) 34,10 seg, fibrinógeno 297,00 mg/dl. Serologías negativas. Rx tórax: ICT elevado. TC craneal: lesión isquémica aguda en territorio ACM izq. Ecodoppler TSA: sin datos de placas de ateromas ni estenosis. RM cráneo: datos de enfermedad vascular de vasos de pequeño calibre. Ecografía transtorácica: HVI. Dilatación leve de AI. Esclerosis aórtica. Se solicita Holter implantable (REVEAL), donde se recibe por monitorización remota, estando ya de alta el paciente, varios episodio de FA.

Juicio clínico: Infarto de arteria cerebral media izquierda (rama terminal). Leve dilatación de aurícula izquierda. Elevación de péptico natriurético. FA paroxística. CHADS2-VASc: 4.

Diagnóstico diferencial: Crisis comiciales. Migrañas con aura. Hemorragia intracraneal. Tumores.

Comentario final: La fibrilación auricular (FA), es la arritmia cardiaca más frecuente Y origina un elevado porcentaje de ictus isquémicos. La Atención primaria juega un papel muy importante en el buen control de factores de riesgo modificables que pueden favorecer la aparición de la FA. Prevenir la FA y tratarla es prevenir el ictus.

Bibliografía

1. Krahn AD, Klein GL, Yee R. Recurrent unesplained syncope: diagnostic and therapeutic approach. Can J Cardiol. 1996;12:989-94.
2. Fogel RI, Evans JJ, Prytowsky EN. Utility and cost of event recorder in the diagnosis of palpitacions, syncope or presyncope. Am J Cardiol. 1997;79:207-8.
3. Hammill SC. Value and limitations of noninvasive assessment of syncope. Cardiol Clin. 1997;15:195-218.
4. Hand PJ, Kwan J, Lindley RI, Dennis MS, Wardlaw JM. Distinguishing between stroke and mimic at the bedside: the brain attack study. Stroke. 2006;37:769-75.

Palabras clave: *Ictus. Fibrilación.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.