



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/35 - INESTABILIDAD EN LA MARCHA: A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Díaz González¹, D. Santana Castillo², E. Quiroz Flores³, A. Mateo Acuña⁴, N. Arencibia Hernandez⁵

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria 3. Centro de Salud Laredo. Cantabria.²Medicina Familiar y Comunitaria. Urgencias del Hospital comarcal de Laredo. Cantabria.³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino. Castro-Urdiales, ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud CotoLino. Castro Urdiales, Cantabria.⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Santoña. Santoña. Cantabria. España.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón, autónomo de 86 años, es traído al servicio de urgencias de atención primaria (SUAP) por sus hijos a las 14:30 horas. Familiares refieren que el paciente presenta de manera brusca hoy a las 13:40 horas, dificultad para la emisión del lenguaje e importante inestabilidad a la marcha, precisando apoyo para no caerse.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 145/80 mmHg. Glucemia capilar: 97 mg/dl. Electrocardiograma: ritmo sinusal con abundantes extrasístoles supraventriculares. Examen neurológico: paciente consciente con disartria leve. No oftalmoparesia. Nistagmus horizontal agotable en ambas miradas extremas. Leve ataxia truncal. Imposibilidad para la bipedestación autónoma y marcha, con tendencia a caer hacia el lado derecho. NIHSS 4. Dada la clínica evidenciada al examen, se decide comentar el caso con Código Ictus del hospital de referencia de nuestra zona quienes aceptan el traslado a cargo del Servicio de Neurología para estudio complementario y tratamiento respectivo de acuerdo a sospecha diagnóstica. Analítica: dentro de valores normales Radiografía de tórax: normal. TC cerebral: Pequeña área hipodensa en ganglios basales izquierdos, en probable relación con ictus lacunar antiguo. Línea media centrada y cisternas basales preservadas. Sin signos de complicación hemorrágica aguda. Sin signos de isquemia hiperaguda. TC Perfusión: aumento del tiempo de transito medio, con disminución del flujo sanguíneo y preservación de la práctica totalidad del volumen sanguíneo de la región hemicerebelosa izquierda. Mismatch de aproximadamente 100% AngioTC de TSA y polígono de Willis: se identifica un defecto de depleción en la arteria basilar a nivel del teórico origen de la arteria cerebelosa superior izquierda, que condiciona una ligera reducción del calibre de la arteria basilar, no obstante, con adecuado paso del contraste distalmente. Ausencia de opacificación de la arteria cerebelosa superior izquierda con escasa circulación colateral, en el territorio afectado. No se identifican otros defectos de repleción ni malformaciones vasculares en las arterias de polígono de Willis ni en sus ramas principales. Arterias carótidas primitivas internas y externas sin estenosis significativas.

Juicio clínico: Ictus Isquémico en territorio vertebrobasilar.

Diagnóstico diferencial: Hipoglucemia, encefalitis, tumor cerebral/hematoma subdural crónico. Crisis comiciales, crisis de ansiedad.

Comentario final: Debemos reconocer precozmente los síntomas y signos de un accidente cerebro vascular de naturaleza isquémica ya que el ictus grave isquémico constituye una emergencia sanitaria con una elevada

morbimortalidad a nivel mundial. El “Código Ictus” es el protocolo de actuación que puede disminuir la morbimortalidad y mejorar las tasas de incapacidad post infarto cerebral.

Bibliografía

Góngora-Rivera F, et al. Impacto en el desenlace funcional en pacientes con ictus: experiencia de una unidad de cuidados neurovasculares. Gac Med Mex. 2018;154(2):S56-S60.

Heuschmann PU, et al. Control of main risk factors after ischaemic stroke across Europe: data from the stroke-specific module of the EUROASPIRE III survey. Eur J Prev Cardiol. 2015;22(10):1354-62.

Feigin VL, Krishnamurthi R, Bhattacharjee R, Parmar P, Theadom A, Hussein T, et al. New strategy to reduce the global burden of stroke. Stroke. 2015;46:1740-7.