Semergen. 2015;41 (Espec Congr):2064

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1164 - ¡NO SIENTO EL BRAZO... NI LA PIERNA!

F.A. Muñoz López[a], C. Pavón Perejón[b], M. Crespo Hernández[c] y E. García Fernández[c]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Villarrubia. Córdoba. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba. [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente-Azahara. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 63 años hipertenso, diabético y dislipémico, no fumador ni bebedor, que acude a Urgencias Hospitalarias por pérdida de sensibilidad en miembro superior derecho que comenzó como parestesias hace 4 horas a nivel distal y que fue progresivamente extendiéndose hacia proximal. Durante la exploración, el paciente comienza con la misma sintomatología en miembro inferior derecho. No fiebre. No cefalea. No síntomas catarrales.

Exploración y pruebas complementarias: Anestesia en ambos miembros derechos para estímulos dolorosos, térmicos, táctiles y vibratorios. Glasgow 15/15, pares craneales normales, no pérdida de tono ni fuerza en miembros, no alteraciones en equilibrio ni en la marcha. No fiebre. ACR normal. Analítica: hemograma con serie roja, blanca y plaquetaria normales, bioquímica (con CK y enzimas hepáticas normales) y coagulación normales. ECG ritmo sinusal a 90 lpm, TAC craneal (infarto lacunar cabeza núcleo caudado izquierdo e hipodensidad en sustancia blanca de origen isquémico crónico), Fue revisado en CCEE de Neurología y Cardiología realizándose ecocardiograma normal y ecodoppler de carótidas normal. El tratamiento de este paciente consistió en el control estricto de sus factores de riesgo, con hipolipemiantes a dosis máximas, AAS, y control estricto de HTA y DM. El paciente fue revisado en CCEE de Neurología 3 semanas después del episodio, persistiendo en ese momento cierto déficit sensitivo. En nueva revisión 2 meses después, el paciente se encontraba asintomático, sin ninguna focalidad neurológica.

Juicio clínico: Ictus sensitivo de origen lacunar.

Diagnóstico diferencial: Trastornos psiquiátricos (trastorno conversivo), compresiones nerviosas (hernias discales, sd. desfiladero torácico, sd. túnel carpiano, neurinomas), neuropatías no compresivas (diabetes, alcoholismo crónico, lepra), otras (picaduras de insectos, fármacos).

Comentario final: El síndrome sensitivo puro representa únicamente el 7% de los infartos lacunares. Frecuentemente se da en infartos localizados en la topografía talámica, aunque también puede aparecer en otras localizaciones. Suelen tener buena evolución y escasas secuelas, aunque depende de un correcto diagnóstico a tiempo por lo que suponen un reto en la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arboix A, Diaz J. Ictus: Tipos etiológicos y criterios diagnósticos. En: Diez Tejedor E, editor. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Madrid: Sociedad Española de Neurología; 2006. p. 1-24.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.