



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1494 - Nunca digas nunca

M.J. Díaz Mora<sup>a</sup>, J.C. Gómez Adrián<sup>b</sup>, Z.M. Correcher Salvador<sup>c</sup>, J.I. García García<sup>d</sup>, J. Prieto Nave<sup>e</sup>, M. Porta Tormó<sup>f</sup>, M. Camarasa Vidal<sup>g</sup>, L. Fernández Salinas<sup>h</sup>, E.C. Castillo Espinoza<sup>i</sup> y M. Ferrer Esteve<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia. <sup>c</sup>Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria de 4<sup>o</sup> año. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Almassora. Castellón. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Castellón. <sup>f</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranquet. Hospital General de Castellón. Castellón. <sup>g</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranquet. Hospital General de Castellón. Castellón. <sup>h</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. <sup>i</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 78 años que acude a Urgencias por dificultad en el habla de horas de evolución junto a varias visitas anteriores por cambios del comportamiento. Antecedentes de HTA, dislipemia y diabetes II, síndrome ansioso-depresivo, hipertiroidismo, prótesis mitral mecánica, bloqueo AV 2:1 y ACV isquémico dos meses antes de la consulta. En tratamiento con marcapasos definitivo, acenocumarol, insulina, simvastatina, enalapril/HCTZ y tiamazol.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 131/73 mmHg, SatO<sub>2</sub> 92%, afebril. Palidez cutánea, deshidratada, ritmo rápido de marcapasos con apertura valvular. Auscultación respiratoria y abdomen normales. Neurológicamente desorientada en persona y tiempo, temerosa y poco colaboradora, con lenguaje poco fluente y parafasias en la nominación, apráxica, resto normal. Rx tórax: cardiomegalia y marcapasos bicameral. ECG: ritmo de marcapasos a 102 lpm. Hemograma: 10 g/dL, Hto 27%, VCM 82 fL. Bioquímica: troponina T ultra. 147 ng/L, mioglobina 48 ng/mL, CK 603 U/L, LDH 1.229 U/L. Seriadas en descenso. Hemostasia: INR 1,59. Resto normal. TC craneal: encefalomalacia residual por infarto antiguo en territorio ACPI, sin lesiones agudas.

**Juicio clínico:** Afasia y alteración del comportamiento en contexto de ACV cardioembólico por ACXFA en paciente portadora de marcapasos.

**Diagnóstico diferencial:** ACV hemorrágico vs complicación a ACV isquémico previo, demencia subaguda, intoxicación farmacológica, síndrome confusional agudo.

**Comentario final:** La paciente ingresa en planta de Neurología para evolución y continuar estudio de su clínica. Se realizan interconsultas a Hematología (ajustan Sintrom) y a Cardiología (hallan ACxFA con ritmo ventricular a 130 lpm, por lo que ajustan marcapasos). Se realiza a su vez un EEG que demuestra una afectación cerebral difusa de grado leve. La paciente evoluciona favorablemente desde el punto de vista neurológico, por lo que a los 7 días se le da de alta, previo TC de control, en el cual se encuentra una lesión hipodensa de morfología en cuña en zona parietooccipital posterior izquierda en relación a lesión isquémica

aguda en territorio frontera. Esta situación nos lleva a tres razonamientos a recordar. 1. Una tomografía computarizada cerebral puede ser normal en las primeras 24-48 horas de una isquemia aguda hasta en un 50% de los casos, por lo que nunca puede descartarse esta patología en caso de sospecha. 2. La presencia de un marcapasos no exime la posibilidad de arritmias cardíacas que puedan aparecer de novo ocasionando patología aguda. 3. Un paciente no siempre está bien anticoagulado. Aunque se refiera un buen control, existen situaciones que desequilibran los niveles, por lo que el hecho de llevar acenocumarol no justifica estar cubierto de padecer enfermedad cardiovascular.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-Chávez JJ, Barroso E, Cubero L, González-González J, Farach M. Evaluación mediante TC, SPECT y qEEG de pacientes con lesiones isquémicas cerebrales durante las fases aguda, subaguda y crónica.
2. Alquézar A, de Diego Bustillos E, Herrera Mateo S, Pallarés Sanz E. Determinación de troponina más allá del síndrome coronario Aitor.
3. Hayes DL, Link MS, Downey BC. Up toDate. Unexpected rhythms with normally functioning dual-chamber pacing.