



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/740 - La importancia de la buena comunicación... incluso en los ictus

S. Vidal Tanaka^a, N. Fernández Sobredo^a, A. Ruíz Álvarez^b, C.M. Kasteel Martínez^c, A. Luiña Madera^d, R.L. Villoslada Muñiz^d, N. González García^b, N. Núñez Barros^b, I. Olaya Velázquez^d y M. Roz Sánchez^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Avilés. ^bMédico Residente. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. ^cMédico Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud El Natahoyo. Gijón. ^dMédico de Familia. Hospital San Agustín. Avilés.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 62 años natural de Cabo Verde, jubilado, que consulta por pérdida de fuerza en mano derecha de 24 horas de evolución con parestesias asociadas (al parecer parestesia en primer dedo de larga evolución, anamnesis algo dificultosa). Antecedentes personales: fumador de 40 paquetes-año, bebedor de vino con las comidas. Hipertensión arterial. Hepatitis C. Artrosis. Episodio único de fibrilación auricular (FA) en 2013 sin anticoagulación. Temblor esencial. Dudoso síndrome discal cervical. Intervenido de túnel carpiano derecho (2014).

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, sin alteración del lenguaje. Campimetría normal. Asimetría facial gestual derecha. Paresia distal de mano derecha 4-/5 con dudosa alteración de la sensibilidad. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Auscultación cardiaca: ruidos arrítmicos a 90 x'. No soplos carotídeos. Auscultación pulmonar y abdomen normales. Bioquímica, hemograma y coagulación normales. ECG: FA a 98 x' sin alteraciones de la repolarización. Radiografía tórax sin hallazgos patológicos. Tomografía computarizada craneal: pequeña hipodensidad cortical frontal izquierda a nivel del área motora compatible con pequeña lesión isquémica subaguda. Tenues hipodensidades en sustancia blanca subcortical parietal derecha de perfil isquémico crónico. Doppler troncos supraaórticos normales. RM cerebral: confirma hallazgos de TC craneal.

Juicio clínico: Ictus embólico frontal izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Recidiva o secuelas posquirúrgicas tardías de síndrome de túnel carpiano, ictus aterogénico, ictus embólico, síndrome discal cervical.

Comentario final: El paciente ingresa en Neurología donde se inicia tratamiento anticoagulante y evoluciona sin incidencias. La dificultad que reviste este caso radica en la barrera lingüística/cultural que existía, ya que el paciente presentaba un discurso ambiguo y poco claro, no diferenciando claramente la sintomatología aguda de la crónica. La anamnesis detallada para distinguirlo y fijarse en los antecedentes que tenía el paciente fueron cruciales para complementarlo con la exploración y terminar diagnosticando un ictus establecido de origen embólico.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier, 2015.
2. Alonso de Lecinana M, Egido JA, Casado I, Ribó M, Dávalos A, Masjuan J, et al. Guía para el tratamiento del infarto cerebral agudo: revisión. Neurología. 2014;29:102-22.
3. Maestre Moreno JF. Tratamiento del Ictus cardioembólico. Cuándo, cómo y con qué iniciar la anticoagulación. Cuándo interrumpirla. Cuándo reanudarla. GEECVSEN. 2011;10:1-23.

Palabras clave: Ictus embolígeno. Fibrilación auricular.