



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3069 - DISARTRIA EN PACIENTE DIABÉTICA

A. Olivares Loro^a, G. Castillo Calvo^b y L. Sánchez de Cos Jiménez^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pecé. San Fernando. Cádiz. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 81 años, con antecedentes de HTA, DM tipo 2, dislipemia y hemorragia subaracnoidea hace más de 30 años. Exfumadora. Es traída por sus familiares tras encontrarla con mayor tendencia al sueño, habla disártica y pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo que fue recuperando. Hacía dos días había presentado episodio de pérdida de conciencia de segundos de duración con relajación de esfínter uretral y buena recuperación posterior sin pródromos. No dolor torácico ni disnea en ningún momento.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente y orientada en tiempo y espacio. Eupneica en reposo. Normohidratada y normoperfundida. GCS 15/15. Responde a órdenes sin dificultad. Reconoce a todos sus familiares. Pupilas isocóricas y normorreactivas a la luz y acomodación, movimientos oculares extrínsecos conservados, resto de pares craneales normales. Discreta pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo, marcha inestable. Habla ligeramente disártica. No afasia ni disfasia. ACP: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Miembros inferiores: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Analítica: glucemia 163 mg/dl, urea 36 mg/dl, creatinina 1 mg/dl, iones en rango de normalidad, LDH 348 ng/dl. Troponina T 1502 ng/dl; Sistemático de orina sin alteraciones. Coagulación sin alteraciones. Radiografía de tórax: sin hallazgos de interés. ECG: ritmo sinusal a 66 lpm, QRS estrecho, eje izquierdo. Inversión de la onda T de V2 a V6 (no conocido previamente). Tc craneal: área de encefalomalacia en lóbulo frontal derecha en relación a secuela de lesión isquémica antigua. ETT: hipofunción septomedioapical. Función sistólica de VI conservada. Insuficiencia mitral y aórtica ligeras. Coronariografía: DA media con lesión crítica, del 95%, ulcerada. Buen vaso distal. se implanta stent directo con buen resultado.

Juicio clínico: IAMSEST anterior Killip I en el contexto de AIT.

Diagnóstico diferencial: AIT, ACVA, IAM.

Comentario final: Ante una paciente diabética que presente clínica neurológica aguda o subaguda, nunca podemos descartar que la causa subyacente de dicho contexto clínico sea cardiológica, como en este caso, a pesar de no debutar con una sintomatología típica de infarto de miocardio.

Bibliografía

1. Romo Escoria F, Acosta MA, Rodolfo Cano Rivera R, Iglesias Acosta J. Enfoque actual del tratamiento farmacológico del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Desde la fisiopatología al manejo: Una revisión de tema.

Palabras clave: IAMSEST. AIT.