



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4156 - DOCTOR, SE ME DUERME LA MANO DE MANERA REITERADA Y AHORA LA CARA

J. Martínez Martínez^a, Y. Campoy Sánchez^b, E. Sánchez Fernández^c, P. Vigueras^d, I. Martínez Ardile^e y G. Cano Conesa^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Diego. Lorca. Murcia. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Diego. Lorca. Murcia. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Águilas. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Hoya. Lorca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Motivo de consulta: varón de 62 años, parestesias en MSD y en hemicara D de una semana de evolución. Antecedentes; HTA, DM tipo 2 y DLP. Hábitos tóxicos: IPA: 60 paquetes/año. Enfermedad actual: Refiere episodio súbito la mañana del día 16/3/2017 consisten en parestesias distales en MSD e incoordinación motora de esa mano. El episodio cede en 15 minutos quedando asintomático hasta la tarde del día siguiente. Nuevo episodio similar los días 17 y 18 de marzo, que duran unos 30 minutos y el día 18 asocia parestesias hemifaciales derechas. El 19/3/2017 presenta un total de 3 episodios de estas características quedando asintomático intercríticamente. No TCE previo.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Afebril. TA: 150/79 mmHg, FC 63 lpm. AC: rítmica, no soplos. AP: MVC. Abdomen anodino. MII sin edemas. Neurológicamente: consciente y orientado. Lenguaje fluido sin afasias. Campimetría por confrontación visual normal. Pupilas simétricas y normorreactivas. No ptosis. MOEs normales, sin paresia ni nistagmo. Resto de pares craneales normofuncionantes. Fuerza 5/5 en las cuatro extremidades a nivel proximal. No dismetría dedo-nariz. ECG: RS a 75 lpm. PR 0,20 QRS estrecho. Rx tórax: normal. TAC: normal. RMN cerebral: ictus isquémicos agudos. Arteriografía: ACI izquierda 85% oclusión.

Juicio clínico: Ictus isquémicos agudos en corteza frontal izquierda, parietal izquierda, parieto-occipital izquierda.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de túnel carpiano. Parálisis facial. AIT: síndrome de alarma capsular.

Comentario final: El caso refleja la clínica de un síndrome de alarma de capsular, que como indica su nombre debemos de estar alerta ya que en un 50% el TAC será normal. Se considera un cuadro clínico característico de AIT, se repite en múltiples oportunidades y de forma estereotipada, entre ellos, pueden transcurrir minutos, horas y rara vez días. Los cuadros son idénticos entre sí. El riesgo de infarto establecido, tras la aparición de un SAC, es de 42% independientemente de las medidas utilizadas. No obstante, tras realizar la arteriografía parece que la causa de la clínica es la estenosis de ACI, donde estaría indicada la endarterectomía.

Bibliografía

1. Donnan GA, O'Malley HM, Quang L. The capsular warning syndrome: pathogenesis and clinical features. *Neurology*. 1993;43:957-62.

Palabras clave: Ictus. Síndrome de alarma capsular.