



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3261 - EL ICTUS NO ES EL FINAL

M. Herberg Moreno^a, M. Valenzuela Cortés^b e I. Valencia Jiménez^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 66 años fumador de 2 paq/día desde hace 50 años (ICAT 80 paq/año). Diabético tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales e insulina. No hipertensión arterial ni dislipemia. Bocio multinodular en tratamiento con TC99. No intervenciones quirúrgicas previas. Tratamiento actual: metformina, glicazida, insulina lantus. El paciente fue diagnosticado de ictus isquémico carotídeo derecho hace dos semanas con secuela de desviación bucal a la derecha y pérdida de fuerza de hemicuerpo izquierdo. Vuelve a consultar a su médico de atención primaria por empeoramiento de la clínica y aparición de cefalea y vómitos de dos días de evolución. Ante esta clínica y el empeoramiento claro del estado general el médico decide derivar al hospital de referencia para completar el estudio. A su llegada a urgencias se constata una transformación hemorragia del ictus previo y se decide ingreso en la unidad de ictus del servicio de neurología.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica: hemianopsia homónima izquierda. Movimientos oculares normales. Sensibilidad facial conservada. Parálisis facial XII par izquierdo. Hemiplejía izquierda, hipoestesia izquierda. Reflejos tendinosos vivos y simétricos. Reflejo cutaneoplantar izquierdo extensor. TAC craneal: gran hematoma frontoparietal derecho acompañado de edema perilesional y desviación de la línea media de 7,5 mm comprimiendo el ventrículo lateral ipsilateral. Además de dos pequeños focos hemorrágicos adyacentes a la hoz cerebral anterior. Ecografía de TSA: placa calcificada al inicio de la carótida interna con estenosis del 50 y 70%, hemodinámicamente significativa. AngioRNM de TSA: estenosis crítica, preoclusiva de la arteria carótida interna derecha a lo largo de 0,6 mm.

Juicio clínico: Lesión isquémica parietal y parasagital derecha con posterior transformación a gran hematoma intraparenquimatoso frontotemporal derecho con desviación de línea media.

Diagnóstico diferencial: Cefalea residual post ictus. Crisis vertiginosa central. Nuevo episodio isquémico cerebral.

Comentario final: En pacientes con antecedentes recientes de ictus isquémico es importante permanecer atentos a la evolución clínica para detectar precozmente signos o síntomas sugestivos de complicación como la cefalea brusca o la aparición de nuevos déficits neurológico que podría indicar una transformación hemorrágica que conlleva un peor pronóstico y posibles secuelas para el paciente.

Bibliografía

1. <http://www.sen.es/profesional/guias-y-protocolos/9-sin-categoria/1203-guia-oficial-para-el-diagnostico-y-tratamiento-del-ictus-2006>

Palabras clave: Hemorragia intracraneal. Ictus. Cefalea.