



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4648 - LA CLÍNICA, LA MEJOR HERRAMIENTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

N. Martín Salvador<sup>a</sup>, C. García Iglesias<sup>b</sup>, G. Ayala Gonzales<sup>a</sup> y T. Pozurama Asenjo<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 77 años sin alergias medicamentosas con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia e hipertrofia benigna próstata. Acude a Urgencias por mareo sin giro de objetos, con presencia de náuseas y vómitos, siendo dado de alta. Cuatro días después, acude a consulta de control con su médico de Atención Primaria quien observa bradipsiquia, bradilalia y desviación de comisura bucal. En anamnesis dirigida niega palpitaciones, fatiga o disnea. Refiere disfagia para líquidos y sólidos de varios días de evolución.

**Exploración y pruebas complementarias:** Neurológica: Glasgow 15. Consciente, dice edad y fecha. Obedece órdenes sencillas. Bradilalia sin alteraciones de la compresión, repetición ni nominación. Mirada centrada. Pupilas isocóricas y normorreactivas. No alteración de la motilidad ocular ni campimétrica. No nistagmo. Parálisis facial central izquierda. No claudicación en maniobras de Barré ni Mingazzini. No alteración sensitiva. No disimetría. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. General: Auscultación cardíaca: rítmico, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Extremidades inferiores sin edemas. Se deriva a Urgencias, ingreso en Neurología. Hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones significativas. Electrocardiograma: bradicardia sinusal 40 lpm, eje  $-10^\circ$ , no alteraciones de la repolarización. Radiografía tórax: lobulación diafragmática anterior derecha, variante de la normalidad. TAC cerebral: zona de hipodensidad con borramiento corticosubcortical en región insular posterior, corteza frontal y corona radiada derecha. Eco-doppler troncos supraaórticos y transcraneal: sin alteraciones significativas. RM cerebral: lesión isquémica aguda en región temporoparietal. Test disfagia: negativo. Gastroscopia: esófago tortuoso sin alteración de la motilidad. Gastritis crónica difusa. Ecocardiograma: insuficiencia mitral y tricuspídea ligeras, función ventricular conservada.

**Juicio clínico:** Ictus isquémico en territorio de arteria cerebral media derecha de etiología indeterminada. Disfagia asociada.

**Diagnóstico diferencial:** Depresión, hipotiroidismo, deterioro cognitivo, hipoactividad psicomotriz.

**Comentario final:** En la consulta de Atención Primaria una anamnesis y exploración física minuciosas disminuye nuestro nivel de incertidumbre y nos ayuda a establecer una sospecha diagnóstica en patologías de evolución subaguda o paucisintomática como con frecuencia se observa

en la población anciana.

### **Bibliografía**

1. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica, 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
2. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.

**Palabras clave:** Bradipsiquia. Bradilalia. Ictus.