



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1632 - MÁS ALLÁ DEL MAREO

S. Martín García^a, A. Tentor Viñas^b, A. Marquina García^c, I. Corredor Martiarena^d, Á. Montes Gutiérrez^e y D. Ávila Londoño^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Brihuega. Guadalajara. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Alpe. Madrid. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara Sur. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Brihuega. Guadalajara. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. ^fMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Portador de prótesis mitral metálica anticoagulada con acenocumarol, con buen control de forma habitual. AIT hemisférico izquierdo de origen cardioembólico en 2012. Suele minimizar los síntomas para no preocupar a su esposa. Paciente de 65 años, casado. Acude a la consulta, acompañado de su esposa, que le ha notado raro al volver al domicilio. El paciente refiere que desde hace 3 horas se siente mareado y le cuesta hablar. Es visto por un médico del centro de salud, quien considera que el paciente presenta un estado de nerviosismo. Se avisa a su médico de familia habitual, quien le explora, constatando que esa no es su situación normal.

Exploración y pruebas complementarias: Disartria. Pupilas normoreactivas. No déficits campimétricos. Movimientos oculares normales. Desviación comisura hacia la izquierda. Fuerza 4/5 en miembro superior derecho. Sensibilidad conservada. Aumento de la base de sustentación. TA 160/90 mmHg. Glucemia 106 mg/dl. INR 2 en ese momento. Se activa código ictus para derivar de forma urgente al paciente al hospital; donde se realiza angioTC Craneal sin hallazgos en ese momento. Pasa a hospitalización. A los cuatro días es dado de alta con juicio clínico de Ictus vertebrobasilar origen cardioembólico e Infarto subagudo en ganglios de la base izquierdos en TC de control. Presentando ataxia leve de la marcha con ampliación de la base de sustentación, siendo capaz de deambular de forma autónoma, y con recomendaciones para el control estricto de los factores de riesgo cardiovascular.

Juicio clínico: Código Ictus.

Diagnóstico diferencial: Crisis de ansiedad. Vértigo paroxístico. ACVA.

Comentario final: Es importante destacar que, dada la sintomatología leve que presentaba este paciente, ésta podría haber pasado desapercibida para cualquier profesional. Sin embargo, al ser atendido por su médico de familia habitual, pudo constatar que el paciente presentaba un lenguaje alterado; y conociendo la tendencia a la minimización de los síntomas de este paciente, poder actuarse urgentemente en un caso de gravedad como es éste.

Bibliografía

1. Díez Tejedor E, et al. Atención a los pacientes con ictus en la Comunidad de Madrid. Foro Ictus 2014. Madrid.
2. Molina Nieto T, et al. Accidente cerebrovascular. En: Jiménez Murillo L, et al. Medicina de urgencias y emergencias. Barcelona: Elsevier, 2015. p. 387-96.

Palabras clave: Ictus. Fibrilación auricular. Prótesis.