



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/2893 - PROCESOS HEMATOLÓGICOS EN LA GENERACIÓN DE ICTUS

S. Serrano Porta^a, M. García Aparicio^a, L. Martínez Antequer^b, J. Melero Abellan^b, P. Madrigal Laguia^c y M. López Giner^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 54 años que acude a consulta de AP al referir que al levantarse se encontraba sin síntomas, pero al salir del aseo ha notado debilidad en hemicuerpo izquierdo. Antecedentes personales: dislipémica, fumadora de un paquete/día. TA135/75. No otros antecedentes personales ni familiares de enfermedad tromboembólica ni abortos.

Exploración y pruebas complementarias: Confirmamos la hemiparesia junto con hemihipoestesia izquierda y una leve disartria. Campimetría: cuadrantanopsia inferior izquierda. Se activa el código ictus y la mujer es llevada al hospital de referencia. El servicio de Neurología confirma la disartria y la hemiparesia, junto con una paresia facial supranuclear izquierda moderada-grave. Anestesia izquierda. Reflejos osteotendinosos: hiperreflexia generalizada pero en miembro inferior izquierdo presenta reflejo poliginético con respuesta clonoide. Reflejo cutáneo plantar: extensor izquierdo, flexor derecho. Hoffman presente en miembro superior derecho. El servicio de Neurología hace petición para TC cerebral, donde se observa aumento de densidad de arteria cerebral media derecha en segmento M1, compatible con trombo agudo. Una vez confirmado el ictus y tratado mediante trombectomía mecánica, al fallar la trombolisis intravenosa inicial, y realizando seguimiento de la paciente en consulta, se deriva al servicio de Hematología para estudio de trombofilia, con los siguientes resultados significativos: anticuerpos anticardiolipina IgM y antibeta2 glicoproteína I IgM positivos. Debido a la clínica y alteraciones analíticas propias del paciente, se le pauta anticoagulación indefinida.

Juicio clínico: Ictus agudo isquémico de arteria cerebral media derecha. Síndrome antifosfolípido primario.

Diagnóstico diferencial: Déficit de proteína C y S. Factor V Leiden.

Comentario final: La frecuencia de los accidentes cerebrovasculares y su relación con procesos hematológicos de alto predominio en nuestro medio, hace del médico de Atención Primaria una pieza clave en el estudio y seguimiento de los pacientes afectados, junto con un trabajo multidisciplinar con otros agentes y servicios hospitalarios para dar una respuesta rápida y eficaz a su padecimiento.

Bibliografía

1. Roquer González J, Gimbert Ràfols RM. Patología neurológica. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica, 6^a ed. Barcelona: Elsevier; 2008. p.

1335-73.

2. Khamashta M. Síndrome antifosfolipídico. En: Rozman C, dir. Medicina interna, 17ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 1030-1.

Palabras clave: Ictus. Síndrome antifosfolipídico.