



242/4063 - UNA DEPRESIÓN MAL TOLERADA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE ACV ISQUÉMICO SUBAGUDO

D. Oñate Cabrerizo^a, M. Díaz García^b, E. Nortes Cañizares^c, R. Muñoz Sarmiento^d, I. Alcalá Peña^b y C. García Jiménez^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rabaloche. Orihuela. Alicante. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almoradí. Alicante. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orihuela I. Alicante. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Orihuela I. Alicante. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 62 años acude por presentar desde hace 2 días cuadro de cefalea hemicraneal que posteriormente se ha vuelto holocraneal y que no cede a pesar de toma de antiinflamatorios, y cierta disartria que no presenta en el momento actual. Según refiere familiar acompañante, desde hace 1 semana aproximadamente labilidad emocional que achaca a la no toma de medicación (en tratamiento por depresión con paroxetina), lentitud a la hora de realizar actividades cotidianas, e hipoestesia distal en MSD. No otra sintomatología asociada. Antecedentes personales a destacar: HTA, DM-2, DLP; 2 episodios de angor hemodinámico (en seguimiento en Consultas Externas Cardiología), y cuadro de depresión de meses de evolución con mala adhesión al tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales. ACP: rítmica, MVC. ABD: anodino. Neuro: CyO en las 3 esferas, PICNR; MOEs conservados; PPCC normales; fuerza conservada en las 4 extremidades; hipoestesia distal MSD respecto al resto de extremidades. Romberg negativo. Sin otros datos de focalidad neurológica. Rx tórax: anodina. ECG: RS 100 lpm, BCRIHH (ya conocido), sin alteraciones agudas repolarización. TC craneal: lesión hipoatenuada bien delimitada córtico-subcortical a nivel lóbulo parietal posterior izquierdo que sugiere naturaleza isquémica subaguda. RMN: lesión isquémica aguda que afecta ramas terminales ACM izquierda con mínimos sangrado interno. Eco-Doppler TSA: arterioesclerosis incipiente; no placas significativas, estenosis ni alteraciones hemodinámicas.

Juicio clínico: Ictus isquémico subagudo ACM izquierda.

Diagnóstico diferencial: Depresión.

Comentario final: Se define ictus a la manifestación aguda provocada por la alteración del flujo sanguíneo ocasionando un déficit del funcionamiento de una o varias zonas encefálicas. Se clasifican según la naturaleza de la lesión en ictus isquémico o hemorrágico. Es fundamental llevar a cabo un correcto abordaje pre-hospitalario, activando en la mayor brevedad posible el protocolo de actuación "Código Ictus".

Bibliografía

1. Caplan LR. Clinical diagnosis of stroke subtypes. UptoDate, 2017.
2. Vila S, Castaño AM, Torralba A. Enfermedad cerebrovascular. En: Suárez D, Vargas JC. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 8ª ed. Madrid. 2016; p. 1497-512.
3. Smith WS, Johnston SC, Hemphill JC. Cerebrovascular Diseases. En: Kasper D, Fauci A, et al, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine, 19th ed. New York: McGraw Hill. 2015; 2559-81.

Palabras clave: ACV isquémico. Depresión.