

347/1204 - ICTUS, EL TIEMPO ES ORO

C. Pérez Calle^a, C. Domínguez Mosquera^b y B. Pérez Bugedo^b

^aCentro de Salud Pisueña-Selaya. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Pisueña-Selaya. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Acude al Servicio Urgencias Atención Primaria un paciente de 56 años, por sensación de pérdida de fuerza en brazo derecho de 3 horas de evolución. No refiere otra clínica. Entre sus antecedentes destacan: hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes tipo I, úlcera plantar pie izquierdo. Tratamiento habitual: ácido acetilsalicílico 100 mg, amlodipino 10 mg, insulina, valsartan y atorvastatina 80 mg. Tras la exploración: buen estado general, afebril, neurológica normal, sin focalidad, pares conservados, pupilas isocóricas y normoreactivas. Movilidad simétrica y sensibilidad normal de ambas extremidades. Se trata con diclofenaco i.m, y se envía a su domicilio. El paciente refiere mejoría posterior a la inyección, incluso recuperación completa. Pero posteriormente al irse a la cama a dormir refiere empeoramiento en la fuerza del brazo que se mantiene hasta el día siguiente en que acude a su médico que lo remite a Urgencias Hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente sin dolor cervical ni braquial, consciente, ligeramente inatento/somnoliento. Motores oculares externos conservados, resto de pares normales. No disartria, Paresia extremidad superior derecha 3+/5. Resto normal. Analítica: glucosa 138 mg/dl, colesterol 293 mg/dl, HDL-colesterol 38 mg/dl, LDL-colesterol 227 mg/dl, ECG: ritmo sinusal. TAC craneal: pequeño infarto agudo en región cortico-subcortical frontal izquierda TAC arterias supraaórticas: Marcada ateromatosis calcificada en sifones carotideos con estenosis significativa en sifón carotideo izquierdo.

Orientación diagnóstica: Primeramente se pensó en una radiculopatía y más tarde vista su mala evolución se confirma ictus isquémico en territorio frontera fronto-parietal izquierdo secundario a estenosis del sifón carotideo.

Diagnóstico diferencial: Radiculopatía, neuropatía, polimiositis, hombro congelado, monoparesias centrales.

Comentario final: En un paciente con paresia de un único miembro y con factores de riesgo cardiovascular siempre pensar en un posible ictus, aunque el mismo paciente no le dé importancia, ya que cogiéndolo a tiempo el pronóstico y la recuperación siempre será mucho mejor. Este paciente una vez en el Hospital durante las primeras horas experimentó un deterioro neurológico, activándose el Código Ictus.

Bibliografía

- Ustell-Roig X, Serena-Leal J. Ictus. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrovasculares. Rev Esp Cardiol. 2007;60:753-69.

Palabras clave: Paresia. Ictus. Hipercolesterolemia.