Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 615

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/1429 - ICTUS TROMBOEMBÓLICO. A PROPÓSITO DE UN CASO EXCEPCIONAL

J. Frías Rodríguez[a], J. Martí Canales[b], B. Avila Felipe[c] y P. Jiménez García[d]

[a]Médico de Familia. Urgencias Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.[b]UGC Cadiar. Granada.[c]Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.[d]Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 54 años que es atendido en domicilio que es encontrado por la familia tras intento de ahorcamiento con un cable metálico, con mutismo y parálisis derecha.

Exploración y pruebas complementarias: Bajo nivel de conciencia. No apertura ocular espontánea. Desconjugación con endoforia de ojo derecho. Leve anisocoria con pupilas levemente reactivas a la luz. Reflejo cutáneo-plantar flexor izquierdo, derecho indiferente. Hemiplejia derecha con respuesta de retirada en extensión sin reacción a estímulos intensos de MID. Glasgow 5-6. PAS 166 mmHg, ritmo sinusal a 89 lpm. Se traslada a Hospital con collarín rígido y se activa Código Ictus. En hospital se descartan lesiones óseas y se constata mediante TC craneal la existencia de infarto en todo el territorio de ACMI y posiblemente en territorio anterior, con colapso de asta frontal de ventrículo lateral izquierdo. El paciente mostró evolución desfavorable falleciendo dos días más tarde. La autopsia demostró mecanismo tromboembólico en segmento M1 de ACMI.

Orientación diagnóstica: Ictus isquémico hemisférico izquierdo con infarto extenso en territorio de la arteria cerebral media izquierda por oclusión del segmento M1 tras intento de ahorcamiento.

Diagnóstico diferencial: Al existir el antecedente de intento fallido de ahorcamiento el diagnóstico diferencial no es tan complicado, aunque habría que excluir algunas otras causas de hemiplejia como la disección carotídea y/o rotura carotídea y la hemisección medular (síndrome de Brown-Sèquard), en la que, por ejemplo no hay disartria ni parálisis de pares craneales.

Comentario final: El ahorcamiento es un método relativamente frecuente en el medio rural. La muerte del sujeto ocurre por asfixia, anoxia encefálica global o por compresión del seno carotídeo. La hipoxia cerebral suele ser la causa de la muerte más que las lesiones medulares. Las imágenes neurológicas más frecuentes en los ahorcados suelen ser bilaterales, hemorrágicas o isquémicas. Las lesiones unilaterales parecen ser francamente raras, y además el mecanismo tromboembólico, excepcional.

Bibliografía

1. Kadic L, Maandag NJ, Janssen CM, et al. An unexpected outcome of cervical near-hanging injury. A case report. Acta Anaesthesiol Belg. 2010;61(2):79-81.

2. Garaci FG, Bazzocchi G, Velari L, et al. Cryptogenic Stroke in Hanging A Case Report. Neuroradiol J. 2009;22(4):386-90.

Palabras clave: Ahorcamiento. Ictus tromboembólico atípico. Ictus.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.