

347/3592 - SE HA QUEDADO MUDO

L. Amer Al-Arud^a, L. Cabrera Sánchez^a, M. Quirante Melgarejo^b y M. García Pino^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia. ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud La Alberca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 19 años con AP de retraso mental leve, trastorno de control de impulsos y TAG. En tratamiento con Invega. Acude derivado de su MAP por alteración de la emisión del lenguaje que al parecer (según describe el paciente por gestos) ha comenzado a las 5 am junto a cefalea intensa.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 139/81 FC: 64 lpm Afebril. Exploración NRL (resto normal): Alerta. No emite lenguaje verbal, se comunica por gestos. Obedece órdenes simples y complejas. Es incapaz de leer, de nominar y de repetir, pero sí de escribir. PICNR. MOES sin restricciones, Vm y Vs N, asimetría facial derecha que corrige con la mueca. Resto normal. PC (URG): Analítica: normal con troponina 3 y tóxicos negativos. Rx tx PA y lat: normal. ECG: RS, PR normal. Mínimo ascenso cóncavo ST en I, AVL, elevación J V3, V4. Ondas T picudas. TAC craneal de URG: hipodensidad en lóbulo parietal izquierdo, sugestiva de infarto isquémico establecido. PC (planta): Analítica: estudio de trombofilia, inmunoalergia, autoinmunidad: N. Tóxicos en orina, serología: -. RMN: lesión isquémica parietal izquierda territorio ACM izquierda. EcoDoppler de TSA: N. Ecocardiografía: estudio compatible con FOP.

Orientación diagnóstica: Ictus isquémico parietal izquierdo agudo-subagudo. FOP.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad arterial inflamatoria (arteritis sistémicas)/no inflamatoria. Enfermedades hematológicas. Migraña. Trombosis venosa. Enfermedades pulmonares. Síndrome neuroléptico maligno. Aplasia odontoidea. Subluxación atlantoaxial. Síndrome conversivo.

Comentario final: El ictus en el paciente joven es relativamente raro y corresponde a un 10% de ictus isquémicos. Las causas más frecuentes son el cardioembolismo y la disección arterial, por lo que la neuroimagen y la valoración cardiológica serán esenciales. Desde AP, si un paciente presenta focalidad neurológica, se debe realizar siempre la exploración neurológica básica, así como derivar al hospital para posterior estudio.

Bibliografía

1. Farreras-Rozman Medicina Interna. Volumen II., 15^a ed. Madrid: Elsevier; 2004.
2. Morales A, Martín J, Escribano B, et al. Protocolo de la Unidad de Ictus, 2^a ed. Molina de Segura: Editorial Azarbe; 2013.

Palabras clave: Ictus. Joven. Foramen oval permeable.