



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2091 - ¡DESPUÉS DE IR A TRABAJAR, NO PUEDO ANDAR!

Y. Sánchez Mejía<sup>a</sup>, E. Muñoz Herrera<sup>b</sup>, C. de Jesús Pérez<sup>c</sup> y M. García Hervás<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mariano Yago. Hospital Virgen del Castillo. Murcia.<sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Manlleu. Barcelona.<sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mariano Yago. Yecla. Murcia.<sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mariano Yago. Yecla. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 54 años con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus mal controlada: retinopatía diabética e ictus isquémico en 2015. Acude a consulta refiriendo que desde hace 24 horas presenta dificultad para andar, teniendo que hacerlo a pasos cortos y despacio lo que va empeorando con las horas, acompañado de astenia y mareo sin giro de objetos de segundos de duración que cede espontáneamente. Dice que todo el cuadro le empezó tras ir a trabajar (conduce un tractor) hace 12 horas cuando presentó parestesia en pierna derecha que cedió al cambiarse de postura. En consulta el paciente inicia cuadro de hemiplejia en hemicuerpo izquierdo por lo que se activa código ictus trasladándose al hospital de referencia.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, labilidad emocional. Glasgow 15/15. Neurológico: disartria residual de ictus previo. Romberg no valorable por limitación para ponerse de pie, marcha torpe y limitada. Resto de exploración normal. Analítica de urgencias: glucosa: 161,00 mg/dl, resto normal. TAC craneal: Imagen hipodensa difusa a nivel mesencefálico y paracapsular izquierda que podría corresponderse con lesión secuela a vasculopatía isquémica/crónica. Se observa hipodensidad paraventricular izquierda, compatible con infarto subagudo ACM izquierda. Ecocardio: HVI. FEVI normal. Holter 24h: sin eventos arrítmicos significativos. ECG: Rs a 80 lpm. PR normal. QRS estrecho con eje normal. Q en III y AVF. Escasa progresión de onda r en precordiales.

**Orientación diagnóstica:** Ictus de perfil lacunar territorio profundo arteria cerebral media izquierda.

**Diagnóstico diferencial:** Neuropatía diabética, síndrome de Guillam Barré, ataque isquémico transitorio.

**Comentario final:** Desde el punto de vista neurológico recuperó parcialmente la movilidad, quedando a la alta fuerza con borramiento de surco nasogeniano derecho. Hipoestesia en hemicuerpo derecho. Este tipo de pacientes es poco habitual en Atención Primaria, lo que nos invita a siempre estar preparados para activar los recursos adecuados cuando tras una correcta evaluación se precise para beneficio de nuestros pacientes.

### Bibliografía

- Risegi SA, Awosan KJ, Oche MO, et al. Conocimientos y prácticas relacionadas con la prevención de accidentes cerebrovasculares entre pacientes hipertensos y diabéticos que asisten al hospital especializado, Sokoto, Nigeria. El diario médico Pan Africano. 2018;29:63.

**Palabras clave:** Epidemiología de la diabetes mellitus. Prevención del ictus. Complicaciones de la hipertensión.