

## 347/1948 - DOCTOR, ME CUESTA HABLAR Y EL BRAZO NO ME RESPONDE

I. Abellán Cano<sup>a</sup>, F. da Costa Azevedo<sup>b</sup>, M. Elmesnaoui<sup>a</sup> y M. Trenza Peñasa<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Horts de Miró. Hospital Joan XXIII. Tarragona. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Horts de Miró. Tarragona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 71 años independiente para ABVD que es traído en ambulancia no medicalizada por que refiere que tras despertarse durante la noche presenta tras inicio de hemiparesia izquierda, disartria y desviación de comisura bucal hacia derecha según refiere la familia. Se avisa a servicio de emergencias que tras una primera anamnesis con paciente asintomático es derivado en ambulancia no medicalizada a hospital de referencia sin activar Código Ictus. Durante su estancia en urgencias el paciente repite el cuadro hasta en 4 ocasiones de minutos de duración y que recupera de forma espontánea, se activa Código Ictus.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientado: NC y NH ACP: rítmico sin soplos audibles, con buena entrada de aire bilateral sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, indoloro. Neur: PICNR, hemiparesia braquio-crural izquierda, disartria, desviación comisura bucal hacia derecha. Marcha no valorable. EEII: no edemas ni signos de tVP. ECG: ritmo sinusal a 77 lpm, PR 0,15 sg, QRS estrecho, no alteraciones agudas de la repolarización. AS: Hb 13,5 g/dL, Eritrocitos  $4,35 \times 10^{12}/L$ , Hto 40,1%, (VCM) 92,2 fL, leucos  $8,05 \times 10^9/L$ , plaquetas  $190 \times 10^9/L$ . TC craneal: No lesiones agudas hemorrágicas ni isquémicas detectables en estudio actual. Estudio angioTc intracraneal y de TSA sin evidencia de oclusión. Gliosis/desmielinización de sustancia blanca periventricular y subcortical por isquemia crónica.

**Orientación diagnóstica:** Ictus.

**Diagnóstico diferencial:** AIT. Ictus. Síndrome de alarma capsular.

**Comentario final:** El síndrome de alarma capsular es un tipo de AIT que simula la clínica de ICTUS en forma de cuadros de focalidad neurológica que cede de forma espontánea y va repitiendo en varias ocasiones. Aunque es una entidad poco frecuente hay que considerarla en nuestro diagnóstico diferencial al tener cuadros de focalidad neurológica.

### Bibliografía

1. Neurologia. 2013;28:444-6.
2. Amit K. Presor Therapy in acute ischemic stroke: systematic review. Stroke. 2006;37:1565-71.
3. Caporale CM. Capsular warning syndrome mimicking a jacksonian sensory march. Journal of Neurological Sciences. 2009;285 262-4.
4. Ferro JM. Dural sinus thrombosis mimicking “capsular warning syndrome”. J Neurol. 2000;247(10):802-3.

5. Vivanco-Hidalgo et al. Thrombolysis in capsular warining syndrome. *Cerebrovasc Dis.* 2008;25:508-10.

**Palabras clave:** Síndrome de alarma capsular. Focalidad neurológica. Ictus. AIT.