

347/2717 - LAS APARIENCIAS... REALMENTE ENGAÑAN

P. Gálvez Villar^a, D. Marín Dueñas^b y G. Domínguez Alonso^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Jerez de la Frontera. Cádiz.^b Médico internista. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Cádiz.^cMédico de Familia. SCCU. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 27 años con antecedentes personales de lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido, trastorno disociativo y trastorno de ansiedad. Acude al Centro de Salud por cuadro sincopal, que tras la recuperación presenta hemiparesia de cuerpo derecho. Ante los hallazgos y no mejoría clínica es derivada a los servicios de Urgencias para la realización de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, tranquila, consciente y orientada. TA: 120/80 mmHg. T^o: 36,5 °C. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular conservado, no ruidos patológicos audibles. Neurológico: Glasgow 15/15, PINRLA y MOEC, desviación de comisura bucal no correlacionada con patología neurológica, exploración motora no coincidente con la expresión de la paciente (opone resistencia, pero no puede mover las extremidades derechas tras orden verbal). ECG: RS a 70 lpm, QRS estrecho, sin alteraciones agudas de la repolarización. Se traslada a Urgencias. Hemograma, bioquímica, coagulación: Parámetros normales. TC craneal: sin hallazgos significativos. Ante la discordancia clínica-exploración y pruebas complementarias normales, se realiza interconsulta a psiquiatría para valorar posibilidad de trastorno conversivo. Sin embargo, durante su estancia en observación, no presenta mejoría clínica, por lo que se realiza interconsulta con neurología, quien solicita una RMN: Lesión isquémica subaguda con pequeña área de transformación hemorrágica en corona radiada, ganglios basales y región insular del hemisferio cerebral izquierdo.

Orientación diagnóstica: Accidente cerebrovascular agudo isquémico en corona radiada-cápsula interna izquierda, ganglios basales y región insular del hemisferio izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Accidente cerebrovascular agudo hemorrágico, trastorno conversivo.

Comentario final: Ante un paciente joven con antecedentes psiquiátricos, exploración neurológica controvertida y TAC normal, se puede pensar en un trastorno conversivo. Sin embargo, se debe tener en cuenta la evolución neurológica y el resto de antecedentes personales, ya que ante un paciente joven sin factores de riesgo evidentes de enfermedad cerebrovascular es un entorno clásico en el que sospechar un síndrome antifosfolípido, pudiendo ser el accidente cerebrovascular isquémico una manifestación de trombosis in situ o secundario a una embolia derivada de una cardiopatía valvular.

Bibliografía

1. Erkan D, Zuily S. Clinical manifestations of antiphospholipid syndrome. UpToDate, 2018

Palabras clave: Accidente cerebrovascular agudo. Hemiparesia. Síndrome antifosfolípido. Joven.