

347/3545 - OCLUSIÓN COMPLETA DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

D. Corona Mata^a, M. Bonilla Crespo^b, M. Durán Martínez^c y M. Martínez Guillén^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba. ^cMédico Residente de 2^o año de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón 68 años. DM tipo 2 insulinodependiente, cardiopatía isquémica crónica, fibrilación auricular, insuficiencia renal crónica, EPOC, psoriasis, hemicolectomía derecha por perforación intestinal secundaria a colitis isquémica, Ictus isquémico en 2009 sin secuelas. Tratamiento: Sintrom sc., insulina Lantus 30 ui y Actrapid en comidas, furosemida 40 mg, espironolactona 25 mg, Foster inh., AAS 150 mg, atorvastatina 20 mg, fenofibrato 160 mg, losartan/hidroclorotiazida 50/12,5 mg. Consulta por alteración de la marcha, deterioro cognitivo progresivo marcado en la última semana, incontinencia urinaria y caída hace 10 días en el baño, sin pérdida de conocimiento y por la que no consultó.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica: pares craneales conservados, sensibilidad y fuerza conservada en miembros superiores e inferiores (4/5). No desviación de comisura bucal. Marcha a pasos pequeños, con brazo escaso, arrastrando pies y rigidez en rueda dentada en miembro superior derecho. Reflejo rotuliano exaltado en miembro inferior derecho. TC craneal: infarto de pequeños vasos en ganglios basales derechos sin cambios respecto a 2016. Eco-Doppler troncos supraórticos: oclusión completa arteria carótida derecha y estenosis carótida izquierda > 70%. RM craneal: infartos antiguos de núcleos basales derechos y lesiones isquémicas crónicas en sustancia blanca de ambos hemisferios. Atrofia cerebral cortico-subcortical. Ausencia de vacío de señal de art. carótida interna derecha en relación con trombosis.

Orientación diagnóstica: Sospecha de hematoma subdural subagudo en paciente de alto RV, antiagregado y anticoagulado con antecedente de traumatismo.

Diagnóstico diferencial: Dados antecedentes y evolución larvada se planteó diagnóstico diferencial hidrocefalia normotensiva del adulto vs ACVA.

Comentario final: Tras diagnóstico de oclusión completa de arteria carótida derecha se realiza colocación de stent desapareciendo la clínica. En pacientes de elevado RCV, la aparición de numerosos síntomas inespecíficos requieren de una anamnesis y exploración física detallada y exhaustiva para realizar una adecuada orientación diagnóstica desde la consulta de atención primaria.

Bibliografía

1. Güler S, Utku U, Aynaci O. Early clinical signs, lesion localization, and prognostic factors in unilateral symptomatic internal carotid artery occlusion. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2014;23(7):1908-14.

2. Wardlaw J. Carotid imaging for secondary stroke prevention in routine practice. International Journal of Stroke. 2008;3(1):20-32.
3. Yang C, Bogiatzi C, Spence JD. Risk of Stroke at the Time of Carotid Occlusion. JAMA Neurol. 2015;72(11):1261-7.

Palabras clave: Riesgo cardiovascular. Oclusión carotídea. Aterosclerosis.