

347/1525 - ¿QUÉ MANO ESTOY MOVIENDO?

M. Morillas Escobar^a, S. Mateos Díez^b, M. Cañamares Aranda^c y J. Sánchez-Carpeta Garrido-Lestache^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Vega. Alcobendas. Madrid. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tres Cantos I. Tres Cantos. Madrid. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Embarcaciones. Tres Cantos. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hipotiroidismo e infarto isquémico lacunar en 2008 sin repercusión, acude al servicio de urgencias por mareo y alteraciones en la visión en ojo izquierdo. La paciente refiere que el día anterior, en domicilio, comenzó con mareo acompañado de giro de objetos y visión borrosa, sin sensación de inestabilidad. En ese momento la paciente acudió a otro hospital donde fue valorada, se realizó TAC craneal que no mostraba alteraciones y se remitió a domicilio con tratamiento sintomático. Al día siguiente acude a nuestro Servicio de Urgencias refiriendo mejoría parcial de los síntomas, sin embargo persistían las alteraciones visuales.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, TA 116/74, FC 85 lpm. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones y en la exploración neurológica el único hallazgo a destacar era una hemianopsia homónima izquierda, no presentaba asimetrías faciales, no alteración en la marcha, tandem normal, Romberg negativo, no nistagmo. Tras pautar tratamiento y ver evolución la paciente presenta discreta mejoría del mareo pero persiste la hemianopsia homónima izquierda por lo que decidí solicitar un TAC craneal que informan como hallazgos compatibles con infarto agudo/subagudo occipital en territorio de la arterial cerebral posterior derecha.

Orientación diagnóstica: Infarto cerebral en el territorio de la arterial cerebral posterior derecha de etiología indeterminada.

Diagnóstico diferencial: Accidente cerebrovascular. Tumor cerebral. Traumatismo. Intervención quirúrgica. Migraña grave. Vértigo central.

Comentario final: La paciente permaneció estable en todo momento. Dado el tiempo de evolución no se consideró Código Ictus pero se contactó con neurólogo de guardia en hospital de tercer nivel para su traslado. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta tras recuperación total de los síntomas. Actualmente está pendiente de estudio para determinar la etiología de dicho episodio.

Bibliografía

1. Kedar S, Zhang X, Lynn MJ, et al. Congruency in homonymous hemianopia. Am J Ophthalmol. 2007;143:772.
2. Koch G, Bonnì S, Giacobbe V, et al. Burst stimulation of the left hemisphere accelerates recovery of hemispatial neglect. Neurology. 2012;78:24.

3. Liu GT, Volpe NJ, Galetta SL. Retrochiasmal disorders. In: Liu GT, Volpe NJ, Galetta SL, eds. Neuro-ophthalmology: Diagnosis and Management. W.B. Saunders, Philadelphia, 2001; p. 296.

Palabras clave: Hemianopia homónima. Infarto cerebral. Vértigo.