

424/3262 - ¿POR QUÉ LLORAS?

N. López Moreno¹, C. Hernández Moreno¹, P. Sánchez-Palencia Morillo¹ y Á. Lara Barea²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Llerena. Badajoz. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuente del Maestre. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 25 años, con antecedentes de obesidad, hirsutismo y tabaquismo, trabajadora en una pescadería; fue remitida desde su PAC, al servicio de urgencias hospitalarias, por llanto persistente de 24 horas de evolución, tras llegar del trabajo, sin motivo aparente; que no cedía tras la administración de ansiolíticos. Acudió acompañada de su hermano y pareja, que también referían mutismo absoluto en relación a su situación. Según comentaban sus familiares, desde hacía unos días, presentaba dolor en región derecha cervical. Durante la anamnesis, la paciente no dejaba de llorar y no emitía ninguna palabra.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: tensión arterial, saturación de oxígeno, glucemia capilar y frecuencia dentro de la normalidad. Exploración: vigil, consciente, escasamente colaboradora. Afasia motora, pares craneales conservados, sin asimetrías motoras ni sensitivas en miembros. Auscultación cardiopulmonar, abdomen y resto sin hallazgos patológicos. Analítica en Urgencias con hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones, salvo discreta elevación de fibrinógeno y PCR de 1,3 mg/dl. TAC craneal: Lesión frontal, temporal e insular izquierda cortico subcortical sugerente de edema citotóxico. Probablemente infarto establecido vs encefalitis herpética. Punción lumbar: normal. Angio TAC urgente: disección carótida interna izquierda junto con trombosis del segmento M2 de la arteria cerebral media izquierda.

Orientación diagnóstica: Disección de carótida interna izquierda y trombosis de la arteria cerebral media con hipodensidad fronto-temporal izquierda en relación a la lesión isquémica establecida

Diagnóstico diferencial: Crisis de ansiedad. Cervicalgia. Encefalopatía herpética. Ictus

Comentario final: La disección traumática de la arteria carótida interna (DTACI) por traumatismo cerrado es una entidad rara e infradiagnosticada. El espectro de la lesión traumática de la arteria carótida interna incluye desde lesiones menores, como el espasmo, lesiones intímicas o contusiones hasta seudoaneurismas y oclusión completa. La presentación clínica tardía es típica, incluyendo hemiparesia asociada a dolor de cuello, cara o cabeza, síndrome de Horner y parálisis de nervios craneales. La embolización secundaria a la disección puede provocar ictus isquémico con resultados que pueden ser fatales. El 50% de las DTACI son asintomáticas en las primeras 12h y representan la progresión de la disección hacia trombosis o embolización.

Bibliografía

1. Henares P. Disección espontánea de la arteria carótida interna: un reto diagnóstico. *Semergen*. 2011;37(4):219-21.

Palabras clave: Arteria carótida interna. Disección. Angiografía.