

424/4023 - UN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

E. Sáiz Yoldi¹, M. Nielfa González², M. Prada Marin³ y C. Laguna Cárdenas⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan de la Cruz. Pozuelo. Madrid. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 59 años acude a Consulta con su mujer porque hoy al salir de la ducha sobre las 20:15 la mujer refiere que le encuentra una habla distinta de la habitual. Al principio era incapaz de pronunciar palabras, pero la clínica ha ido mejorando sin llegar a la situación basal. No refiere dolor a ningún nivel. No clínica infecciosa. Anticoagulado con sintrom. Como antecedentes de interés: en 2014 tuvo un ictus con secuelas de disartria, parálisis facial, hemiplejia derecha; extremidad inferior derecha amputada por lesiones vasculares; diabetes Mellitus tipo 2; hipertensión arterial, hipercolesterolemia; portador de dos stent por infarto de miocardio en 2009; hepatopatía alcohólica. Ante la sospecha de accidentes isquémico transitorio (AIT) se decide traslado al hospital de referencia para completar pruebas diagnósticas.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 177/90, FC: 97, SaO₂ 94%, glucosa: 223 mg/dl. Consciente y orientado en las tres esferas. Auscultación cardiaca: rítmico, tonos apagados, no soplo. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservada, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no masas ni megalías. EEII: extremidad derecha amputación supracondílea, izquierda, pulso pedio presente, sin signos de trombosis venosa profunda. Neurológico: parálisis facial residual, hemiplejia derecha, disartria, pupilas isocóricas normorreactivas. No se explora marcha. Analítica: filtrado glomerular 43 ml/min; glucosa 217 mg/dl; hemoglobina 12,7 gr/dl; INR 1,6; resto sin alteraciones. ECG: ritmo sinusal, sin alteraciones agudas de la repolarización. TAC craneal: ictus hemorrágico con expansividad local. Rx tórax: no masas ni condensaciones. Dados los hallazgos se avisa a Neurología, quien decide ingreso en su planta con diagnóstico de ictus hemorrágico en relación con hipertensión.

Orientación diagnóstica: AIT. Ictus isquémico.

Diagnóstico diferencial: AIT. Ictus isquémico. Ictus hemorrágico.

Comentario final: Por lo tanto se trata de un paciente pluripatológico, con muchos factores de riesgo cardiovascular y con secuelas de un ictus previo, por lo que la exploración neurológica es muy complicada. Una anamnesis exhaustiva y una exploración neurológica rigurosa es la clave para orientar el caso.

Bibliografía

1. Díez-Tejedor E, ed. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología. Barcelona: Prous Science; 2006.

2. Álvarez Sabín J, Alonso de Leciñana M, Gállego J, Gil-Peralta A, Casado I, Castillo J, et al. Plan de atención sanitaria al Ictus. Grupo de Estudio de las Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. *Neurología*. 2006;21:717-26.

Palabras clave: Ictus hemorrágico. Accidente isquémico transitorio. Pluripatológico.