

424/56 - UNA COJERA UN POCO EXTRAÑA

S. Soler Allué¹, A. Climente González², R. Torres Cabrero² y C. Cañardo Alastuey³

¹Médico de Familia. Centro de Salud Pirineos. Huesca. ²Médico de Familia. Hospital San Jorge. Huesca. ³Médico Adjunto en Urgencias. Hospital San Jorge. Huesca.

Resumen

Descripción del caso: No alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica sin tratamiento, dislipemia, en tratamiento con: simvastatina 20 mg 0-0-1. Paciente de 76 años que consulta por “fallo de la pierna derecha”. Estuvo en el servicio de Urgencias hospitalarias hace 3 días porque ese mismo día había notado torpeza y pesadez en la pierna derecha que le impedía la deambulación. El cuadro había durado 2-3 horas, y posteriormente se le había quedado una sensación subjetiva de debilidad en dicha extremidad durante la marcha. No otra clínica acompañante. Acudía a la consulta por el mismo motivo.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: Consciente, orientado, normohidratado, y normocoloreado Glasgow 15. Pares craneales normales. No alteraciones campimétricas. No alteraciones del lenguaje. No dismetrías (en prueba dedo-nariz, ni en prueba talón-rodilla). Reflejos osteotendinosos presentes. Fuerza en EESS 5/5, y sensibilidad en EESS 5/5, fuerza en ambas EEII 5/5, y sensibilidad EEII 5/5. No ataxia. Se deriva a Urgencias donde lo ingresan. TAC cerebral: no se observan signos de patología vascular aguda isquémica o hemorrágica. RM cerebral: Lesión lacunar a nivel del margen posterior de brazo posterior de cápsula interna del lado izquierda, con hiperseñal en las secuencias de difusión y patrón de restricción ADC de probable origen isquémico agudo. Rx cadera derecha: Sin signos de lesión ósea.

Orientación diagnóstica: Ictus isquémico lacunar derecho.

Diagnóstico diferencial: Ictus hemorrágico: se puede pensar por la clínica, pero se descarta por la RM. Ictus isquémico: Es lo más probable dada la RM. Coxartrosis derecha: Se descarta dada la radiografía realizada.

Comentario final: 1. Ante un déficit brusco en un paciente que previamente no lo tenía pensar, que puede ser una focalidad neurológica. 2. Si tenemos duda ante qué tipo de proceso nos encontramos proceso isquémico/hemorrágico cerebral versus artrosis, descartar en primera opción la que pueda suponer un riesgo vital inmediato para el paciente, dado que lo segundo lo podemos diagnosticar mediante una radiografía.

Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Cataluña; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07.

-
2. Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(6):CD003260.

Palabras clave: Ictus. Ictus isquémico. Ictus lacunar.