



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

482/704 - LA IMPORTANCIA DE NUESTROS HÁBITOS. ICTUS

A. Lozano Martínez¹, C. Alonso Lamas², A. Cornejo Mazzuchelli³ y A. Frontela Alonso⁴

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tórtola. Valladolid. ²Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ³Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circunvalación. Valladolid. ⁴Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria I. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 42 años no alérgica con hipertensión arterial. Camionera que acude a urgencias del centro de salud refiriendo que mientras conducía comenzó con hiperacusia, cefalea temporal derecha, y mareo. Posteriormente añade parálisis facial izquierda y pérdida de fuerza de miembro superior izquierdo. Activamos código ictus y derivamos a urgencias. Lleva un mes con hipoestesia y paresia braquial izquierda. Niega otra clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial 176/121, frecuencia cardiaca 89, afebril, saturación 98%. Neurológica: vigil, obedece órdenes. Movimientos oculares sin restricciones. No alteración campimétrica. Extinción visual izquierda. Paresia distal e hipoestesia de miembro superior izquierdo. Comprende. Nomina. Repite. No afasia. Auscultación cardiopulmonar: normal. Analítica, ECG y Rx tórax: Sin alteraciones. TC cerebral y angioTC: lesión isquémica crónica frontal derecha. Dos lesiones hipodensas, en sustancia blanca frontal izquierda y otra subcortical occipital derecha sugestivas de lesiones isquémicas subagudas. En la carótida interna derecha existe flujo filiforme. Angioplastia-stent carotídeo: cateterismo selectivo confirmándose estenosis severa por placa ateromatosa.

Orientación diagnóstica: Infarto isquémico subagudo frontal izquierdo y occipital derecho de etiología aterotrombótico. Dislipemia de reciente diagnóstico.

Diagnóstico diferencial: Tumor cerebral, absceso cerebral, cetoacidosis, crisis de esclerosis múltiple.

Comentario final: Hemos elegido este caso debido al impacto que nos generó esta paciente tan joven y así valorar la importancia de una rápida actuación, diagnóstico y seguimiento de los factores de riesgo cardiovascular desde atención primaria. Nuestra paciente fue tratada con doble antiagregación y estatina. La enfermedad cerebrovascular es un trastorno de la circulación, generalmente brusco por interrupción de flujo sanguíneo (isquemia) o rotura de un vaso (hemorragia). Aproximadamente el 75% son isquémicos y el 25% hemorrágicos. La clasificación etiopatogénica del isquémico: aterotrombótico, cardioembólico, lacunar. Todo déficit neurológico focal brusco y naturaleza no convulsiva debe ser considerado ictus y manejado como tal. Una identificación correcta va permitir disminuir el daño irreversible. Para estimar gravedad y evolución se usa la escala NIHSS.

Bibliografía

1. Ronzman C, Cardenach F, Ribera JM, de la Sierra A, Serrano S, Elveiser, Farreras -Rozman: Medicina Interna, 16ª ed, 2009.
2. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL. Harrison principios de Medicina Interna, 20ª ed. Ciudad de México, McGraw-Hill, 2018.

Palabras clave: Cefalea. Parálisis facial. Paresia braquial.