



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

482/1556 - SÍNDROME HEMIPARESIA-ATAxia

S. Álvarez López¹, S. Zarza Martínez², C. Díaz-Parreño Quintanar³ y M. Pinilla de Torre⁴

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Madridejos. Madridejos. Toledo.²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local de Almuradiel. Almuradiel. Ciudad Real.³Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Alcázar de San Juan. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Algaba. La Algaba. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 51 años, no HTA, DM, no dislipemia, fumadora de 5 cig/día, acude a consulta de su médico de familia (12 de la mañana) por cuadro de inicio ayer a las 20h consistente en cefalea de predominio frontotemporal bilateral opresiva que cede con analgesia convencional, apareciendo mareo que aumenta con los movimientos cefálicos, asociado a hormigueo de predominio distal de extremidades derechas (mano y pie). TA: 160/100 mmHg, Auscultación cardiopulmonar normal y exploración neurológica normal. Se pauta betahistina 16 mg/12h. Acude a Urgencias de Centro de Salud a las 19h por empeoramiento de parestesias de extremidades derechas junto a pérdida de fuerza de la mano derecha y dificultad para la deambulación. Mejoría franca de la cefalea, con persistencia del cuadro deficitario. Asocia cifras tensionales elevadas (TAS alrededor de 180 mmHg). Niega alteración del lenguaje. Afebril. Niega TCE. Se administra captoril 25 mg oral. Dada la clínica presentada de casi 24h de evolución de focalidad neurológica, junto a crisis hipertensiva, se deriva a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Centro de Salud: TA: 183/109 mmHg, FC 77 lpm, SatO2 97%. Afebril. Consciente y orientada. Lenguaje normofluente. Pupilas isocóricas normorreactivas. MOEs sin alteraciones. Leve paresia facial central derecha. Resto de pares craneales normales. Pronación de predominio distal de MSD en Barré con leve claudicación de MID en Mingazzini. Reflejo cutáneo plantar extensor derecho. Sensibilidad conservada. Dismetría leve con extremidades derechas. Marcha estable. ECG: ritmo sinusal a 68 lpm. Sin signos de isquemia aguda ni alteración de la repolarización. Urgencias: análisis anodino. TC craneal urgente: sin alteraciones. ECHNI: estudio de tronco supraaórtico y polígono de Willis dentro de la normalidad. Holter: sin arritmia embolígena. RM cerebral: Lesión en hemiprotuberancia izquierda con restricción en difusión compatible con infarto agudo.

Orientación diagnóstica: Síndrome lacunar (hemiparesia-ataxia) facio-braquio-crural derecho. Cefalea tensional. Vértigo posicional paroxístico benigno.

Diagnóstico diferencial: Ictus isquémico pontino paramediano de etiología indeterminada (por posible microateromatosis local).

Comentario final: Síndrome motor puro (inicialmente hemiparesia-ataxia) secundario a infarto de arteria pontina paramediana izquierda sin etiología evidenciable en el estudio ni FRCV conocidos (salvo tabaquismo), la microangiopatía es la causa más frecuente.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5^a ed. Madrid: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular. Cefalea.