



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/714 - STROKE MIMIC SECUNDARIO A HIPOGLUCEMIA

C. Marcos Alonso¹, L. León Salas Bujalance² y E. Pérez Soto²

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montequinto. Dos Hermanas. Sevilla.²Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montequinto. Dos Hermanas. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 72 años, con antecedentes de DM tipo 2 e ictus transitorio izquierdo de etiología indeterminada hace años, independiente para las actividades instrumentales de la vida diaria, acude al servicio de Urgencias por presentar episodio de parestesias, debilidad de MSI distal y dificultad para la articulación del lenguaje de 20 minutos de duración. No refiere cefalea, pérdida de visión ni diplopía. No refiere síntome, fiebre, clínica de CVA, tos, hipo ni otras alteraciones en la anamnesis por aparatos.

Exploración y pruebas complementarias: A la valoración inicial la paciente se encuentra estable: TA de 134/85 mmHg, FC de 73 lpm y saturando al 98%. Destacan cifras de glucemia de 60 mg/dl, estando clínicamente asintomática. A la exploración se encuentra con buena ventilación en ambos hemitórax y rítmica. Neurológicamente normal, repite y comprende correctamente. No presenta alteraciones en la articulación del lenguaje. PICNR y MOEC. Pares craneales conservados. No presenta dismetrías ni disdiadiocinesias (imposibilidad de realizar movimientos rápidos alternantes a consecuencia de una lesión cerebral que afecta al tiempo, la velocidad y la aceleración en los movimientos normales). No alteraciones de la marcha, ni motoras ni sensitivas distales. Se solicita ECG con trazado normal. Analíticamente: sin alteraciones en el hemograma, destacando cifras de glucemia de 50 mg/dl. TAC craneal: sin signos de isquemia aguda-subaguda ni colecciones hemorrágicas intra ni extraaxiales.

Orientación diagnóstica: Se traslada al paciente a la sala de estancias cortas, se contacta con Neurología para valoración y se inicia reposición oral con hidratos de carbono de absorción rápida, pero ante persistencia hipoglucemia, se administra suero glucosado. Se diagnostica ante la mejoría clínica de la misma, de Stroke-mimic secundario a hipoglucemia. La evolución clínica es buena y es remitida a consultas de Endocrinología para seguimiento.

Diagnóstico diferencial: AIT. Ictus.

Comentario final: La frecuencia de los “imitadores” de ictus en los casos de sospecha de ictus agudo es aproximadamente del 10% en múltiples series registradas, siendo la causa más común las crisis comitiales. Para distinguir los “imitadores” del accidente cerebrovascular, es útil comprender las enfermedades comunes que pueden simularlo y evaluar las características específicas, mediante las constantes, entrevista clínica y una exploración neurológica exhaustiva.

Bibliografía

1. Okano Y, Ishimatsu K, Kato Y, et al. Clinical features of stroke mimics in the emergency department. Acute Med Surg. 2018;5(3):241-8.

Palabras clave: Imitadores. Ictus. Hipoglucemias.