



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

482/295 - ICTUS CEREBELOSO

A. Mora Ortega¹ y M. Cruz Cánovas²

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Llerena. Llerena. Badajoz. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuente del Maestre. Fuente del Maestre. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón 49 años. AP: HTA, dislipemia y fumador alto grado Aviso a domicilio por disfonía, disfagia e hipo de inicio súbito y 6 horas de evolución acompañado de sensación vertiginosa intensa con náuseas, incapacidad para la bipedestación y disartria. Niega cefalea, vómitos, dolor torácico ni palpitaciones. No fiebre. Niega ingesta de bebidas alcohólicas ni sustancias tóxicas.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: SatO2: 97%, 70 lpm, TA 110/80, T^a 35,8 °C, glucemia capilar 117. Nervioso, consciente y orientado. Eupneico en reposo. Afebril. Neurológico: Glasgow 15/15. No signos meníngeos. Pupilas anisocóricas con pupila derecha en miosis fija y arreactiva. No nistagmos. Marcha atáxica con cierta dismetría y disdiadiocinesia derechas. Romberg + hacia el lado derecho. Fuerza y sensibilidad conservadas. Imposibilidad para la bipedestación y deambulación espontánea. ACP: corazón rítmico sin soplos ni extrasístoles. MVC sin auscultar ruidos sobreañadidos. No edemas en MMII. Traslado a Urgencias de hospital comarcal. PPCC en Urgencias. Analítica: hemograma: 3 series normales. Bioquímica: PCR 0,2. VSG 19 mm. Resto normal. Coagulación: derivado fibrinógeno 447. Gasometría arterial: pH 7,4, PpO2 70, PpCO2 36, HCO3 25, SatO2 94%. ECG: ritmo sinusal a 50 lpm. Sin alteraciones. Rx tórax AP y lateral: sin alteraciones.

Orientación diagnóstica: Emergencia neurológica: vascular, infecciosa, tumoral.

Diagnóstico diferencial: Proceso vascular: Infarto o hemorragia cerebelosos, Hematoma subdural. Proceso infeccioso: Absceso cerebeloso. Proceso tumoral: Tumor cerebeloso primario. Metástasis.

Comentario final: TAC craneal en Urgencias: Infarto cerebeloso derecho. Se traslada al paciente a la Unidad de Ictus para: Repetir analítica más serología. AngioTC cerebro con contraste. RM craneal. Diagnóstico definitivo: Lesión isquémica subaguda cerebelosa derecha secundaria a oclusión abrupta del tercio craneal de la arteria vertebral derecha por trombosis. No existiendo signos de transformación hemorrágica.

Bibliografía

1. Pedroso JL, Vale TC, Braga-Neto P, Dutra LA, França MC, Teive HAG, et al. Acute cerebellar ataxia: Differential diagnosis and clinical approach. Arq Neuropsiquiatr. 2019;77(3):184-93.
2. Rosenberg RN. Ataxias. En: Harrison. Principios de Medicina Interna, 20^a ed. Capítulo 431.

Palabras clave: Ataxia. Infarto cerebeloso.