



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 333/37 - DISECCIÓN VERTEBRAL

M. Millán Hernández<sup>1</sup>, R. García Hernández<sup>2</sup>, B. Pax Sánchez<sup>3</sup>, E. Sierra Rubio<sup>4</sup>, R. García Arriola<sup>5</sup>, L. Floristán García<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monterrozas. Las Rozas. Madrid. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid. <sup>3</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo. Madrid. <sup>4</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Rozas. Madrid. <sup>5</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Aravaca. Madrid. <sup>6</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 50 años que acude a urgencias por cuadro de inestabilidad, sialorrea, disfagia y caída de párpado derecho. Anamnesis: Hace 3 días presenta cuadro de cefalea, siendo diagnosticado de cefalea tensional por lo que acude a quiromasajista (realizándose manipulación cervical), horas después presentó cuadro descrito, por lo que acudió a centro privado donde pautan corticoterapia y revisión en unos días por ORL. Hoy acude por falta de mejoría.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente estable hemodinamicamente, eupneico, afebril. Presenta sialorrea profusa. Neurológicamente; sin alteraciones del lenguaje, consciente y orientado. No agnosia somatolateral. Campimetría por confrontación normal. Miosis en OD junto con ptosis ipsilateral, con clara hiporreactividad pupilar. En posición primaria de la mirada se aprecia desviación en skew. Impresiona de restricción para la supraducción de OD. No nistagmo. No refiere alt. del V pC. Impresiona de PFC derecha pero corrige con mueca, no refieren asimetrías faciales. Sutil asimetría de velo paladar con caída del derecho, aunque eleva úvula sin problemas. Resto de PC bajos normales. Fuerza y sensibilidad sin alteraciones. No claudica en maniobras de Barre ni Mingazzini. REMs ++/++++, RCP flexor bilateral. Hoffman - bilateral No dismetría ni disdiadococinesia. No signos meníngeos. ECG, Rx tórax, analítica de sangre sin alteraciones. TAC craneal: hallazgos compatibles con disección focal de la arteria vertebral derecha en su segmento v4. RMN craneal: Hallazgos sugestivos de disección subintimal de la arteria vertebral derecha en su segmento V4. Infarto agudo en región mediolateral derecha del bulbo. Posible displasia arterial.

**Juicio clínico:** Disección de la arteria vertebral derecha en el segmento V4. Infarto agudo en región mediolateral derecha del bulbo.

**Diagnóstico diferencial:** Disfagia, cuerpo extraño, síndrome vertiginoso periférico.

**Comentario final:** Aunque los accidentes isquémicos secundarios a disección de arteria vertebral son una patología muy infrecuente, es importante realizar una buena anamnesis e investigar la

presencia de un traumatismo cervical previo, aunque sea banal.

### **Bibliografía**

Walter L Biff. Clay Cothren Burlew. Ernest E Moore. Blunt cerebrovascular injury: Mechanisms, screening, and diagnostic evaluation. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com> (Accessed on January 9 , 2017.)

**Palabras clave:** Disfagia, sialorrea, ictus, traumatismo cervical.