



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

406/16 - ¿NOS MIENTEN LOS PACIENTES?

V. Ortiz de Landaluce Piñero¹, G. Godoy Pérez², E. Martín Bethencourt³, J. Morales Vega¹, M. Herrera Negrín⁴

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Maspalomas. Las Palmas de Gran Canaria.²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Vecindario. Las Palmas de Gran Canaria.³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Remudas. Las Palmas de Gran Canaria. ⁴Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud San Sebastián de La Gomera. Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 57 años de edad de origen inglés, con antecedentes personales de hipertensión arterial desde hace 10 años bien controlada con ramipril 5 mg diario. Acude a servicio de urgencias por haber presentado episodio de mareo hace aproximadamente 8 horas. Refiere que después de comer el paciente da un paseo con su mujer, pero comienza a sentir mareos, malestar y visión borrosa y doble. Acuden al hotel donde se hospedan para descansar pensando que pudiera tratarse de alguna alteración en su tensión arterial. Tras varias horas de descanso el paciente continúa visión doble por lo que acude urgencias. A su llegada al servicio de urgencias el paciente se encuentra estable hemodinámicamente, y completamente asintomático salvo persistir diplopía.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente. Orientado en 3 esferas. Colaborador. Eupneico. Afebril. Glasgow 15. TA 140/95. Glucemia capilar 110 mg/dl. Auscultación cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos patológico audible. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Exploración neurología: Glasgow 15. Pupilas isocóricas normoreactivas. Pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada. Reflejos conservados. No signos meníngeos. No alteración en habla ni en la marcha. Romberg negativo. Únicamente persiste diplopía monocular de ojo derecho. EKG: ritmo sinusal, FC 64 lpm, eje normal. T (-) aVR, V1. PR 0,20, QRS 0,12. No alteración del segmento ST, no otros signos de isquemia. A su llegada al Hospital se realiza TAC craneal se objetiva lesión hiperdensa bien delimitada de 9,4 × 11,4 mm en el plano axial, en el lado derecho del bulbo raquídeo, con un halo hipodenso de edema perilesional, en relación con hematoma del bulbo raquídeo. Es ingresado en Planta de Neurocirugía.

Juicio clínico: ACV hemorrágico bulbar derecho.

Diagnóstico diferencial: Ictus. Efectos de alcohol u otras drogas. Diplopía psicógena.

Comentario final: Una vez un profesor me dijo la primera regla es saber que los pacientes nos mienten, la segunda regla es creerte a tu paciente. Es importante una buena anamnesis, y una meticulosa exploración física, pero siendo todo estrictamente normal solo no queda la confianza que tenemos en el paciente y actuar siempre en beneficio de este último.

Bibliografía

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.