



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



452/89 - ¿PERO ESTO NO ERA UN ICTUS?

M. Sirera Rus¹, I. Paúles Cuesta², S. Soler Allué³, B. Gimeno García⁴, T. Velilla Alonso², G. Moreno Mejía⁵

¹Centro de Salud Pirineos. Hospital San Jorge. Huesca. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perpetuo Socorro. Huesca. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pirineos. Huesca. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santo Grial. Huesca. ⁵FEA de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Jorge. Huesca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 85 años. Antecedentes médicos: fumador, EPOC, HTA, anemia ferropénica en estudio. Medicación actual: Formodual 100/6 µg/8h. lisinopril 5 mg 0-0-1. Ferplex 40/24 h. Avisan al PAC por paciente varón de 85 años que ha presentado un síncope en domicilio con TCE posterior, tras el episodio el paciente está un poco confuso y adormilado. A la llegada al domicilio el paciente está confuso, afásico y además presenta una hemiparesia derecha. Ante la sospecha de un código ictus o TCE con focalidad neurológica posterior se activa el código ictus y se envía al hospital de referencia en UVI-móvil. A su llegada a urgencias el paciente presenta una crisis parcial en hemicara derecha, con recuperación posterior, sin pérdida de consciencia. A los 10 min vuelve a presentar otra crisis y se le administró levetiracetam 1.000 mg IV.

Exploración y pruebas complementarias: Glasgow: 14 (4,6,4). Mal estado general. Pupilas leve anisocoria, reactivas a la luz. Desviación leve de comisura labial, hemianopsia homónima, afasia severa, disartria, hemiparesia derecha (ESI 5/5, ESD 2/5 EII 5/5 EID 2/5), hipoestesia de extremidades derechas. Disfagia. Resto difícil la exploración por la clínica del paciente, no sigue todas las órdenes. AC: rítmica sin soplos, AP: roncus en plano anterior. Abdomen sin alteraciones. Escala NIHSS 19. ECG: normal. RX torác: masa pulmonar tumoral en LSI. TC basal: hipodensidad en hemisferio cerebeloso derecho con discreto efecto de masa asociado. En ANGIO-TC posterior la lesión presenta realce periférico y es muy sugestiva de metástasis dado hallazgos extracardiacos ANGIO TC TSA No se identifica trombo. Estudio de perfusión metástasis hemiserebelosa derecha. Analítica sanguínea: hemoglobina 108 g/L, V. Hematocrito 0,34 L/L, volumen corpuscular medio 86,4 fL, plaquetas 295.000, leucocitos 13.800 (neutrófilos 12.000).

Juicio clínico: Masa pulmonar tumoral en LSI (no conocida). Metástasis cerebelosa derecha. Crisis epiléptica parcial.

Diagnóstico diferencial: Ictus, complicación tras TCE, crisis epiléptica parcial (primer episodio).

Comentario final: Dado que se aprecia una metástasis cerebral probablemente secundaria a una neoplasia de pulmón se desactiva el código ictus (paciente no candidato a fibrinólisis por neoplasia activa y TCE reciente). Los familiares refieren que desde hace varios meses el paciente presenta un síndrome constitucional y una anemia en estudio por su MAP. Se decide ingreso hospitalario. Se

ingresa al paciente con levetiracetam 1.000 cada 12 horas y Fortecortin 4 mg IV. Es importante en los códigos ictus no perder el tiempo, ante la sospecha de una focalidad neurológica derivar lo antes posible a un centro de referencia para realizar una prueba de imagen. Ante una primera crisis epiléptica también es necesario derivar al hospital y realizar una prueba de imagen.

Bibliografía

Plan de atención al ictus en Aragón. Actualización 2019-2022. Disponible en:
https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Programa_Ictus_actualizacion2019.pdf/f164a068-544a-0248-af0d-ca2a2f7c5624

Guía de práctica clínica sobre el manejo del TCE en el ámbito extra e intrahospitalario de la CAPV. Disponible en:
https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/guias/craneoencefalico.pdf

Palabras clave: Ictus. Epilepsia. Metástasis.