

PC-228

La importancia de tratar al paciente y no las pruebas

J. Velasco García-Cuevas, E. Carrillo Alcalá, G.I. Dominguez de Pablos, J. Minaya Saiz, I. Ortega Moreno

Hospital de Guadarrama, Guadarrama, Madrid, España

Paciente de 83 años con antecedentes personales de HTA severa. ACVA hace 5 años: AIT territorio de ACM izquierda aterotrombótico. Disnomia residual. Hipercolesterolemia.

Acude por primera vez a consulta de geriatría en 2010: había sido estudiada previamente en consulta de neurología por quejas de pérdida de memoria. Se le realizaron las siguientes pruebas. TAC craneal: normal; SPECT de perfusión cortical: disminución significativa en región temporoparietal bilateral, con afectación de márgenes parietotemporales posteriores de predominio derecho y una zona localizada de mayor afectación a nivel de región temporal izquierda, compatible con DTA avanzada.

La paciente era independiente para todas las ABVD, realizaba instrumentales simples y complejas. Vivía con su esposo sin ayudas. Se inició en 2009 tratamiento con galantamina.

En 2010: MMSE 29/30. Test del reloj: normal. Continuaba independiente para todo; suspendió la galantamina por anorexia. Se pauta entonces donepezilo, que se suspende al mes por calambres en piernas.

Se inicia entonces tratamiento con memantina, que tampoco toleró, y se inicia rivastigmina transdérmica.

En 2011 la paciente continuaba independiente para todo, vida activa, usaba transporte público.

Se repitió el SPECT de perfusión cortical: estudio de perfusión cerebral dentro de la normalidad. No se aprecian los defectos descritos en el estudio previo. Aun así, se mantuvo tratamiento con rivastigmina.

En sucesivas revisiones la paciente permanecía con vida muy activa, Barthel 100, Lawton 8. En 2013 fallece su esposo, y la paciente comienza a viajar sola y a realizar múltiples actividades (taichí, informática); no quejas subjetivas de pérdida de memoria, solamente presentaba discreta disnomia residual.

Todas las pruebas NPS realizadas en los años sucesivos fueron normales (MSEC 30, reloj 10, FF 21, FS 18).

En enero de 2017 se realiza MOCA 27/30, además de las anteriores; tras hablar detenidamente con la paciente y estudiar bien todo su historial, se decide retirada progresiva del parche de rivastigmina. Desde entonces estable, muy activa, viaja sola y es independiente para todas las AVElVD.

Conclusión: Los profesionales sanitarios deberíamos centrarnos más en el paciente y menos en las pruebas diagnósticas solicitadas y no deberíamos tener miedo a retirar medicación inapropiada llegado el momento.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.374>

PC-229

Síndrome del uno y medio: a propósito de un caso

M. Alonso Seco, E. García Tercero, C. Pedro Monfort, L.A. Porta González, V. Landaluze Pelligra, J. Casanova Lanchipa, M.E. Martín Correa

Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

Anamnesis: Varón, 82 años, diabético tipo 2 en tratamiento con metformina 850 mg/24 h e insulina mixtard 30-30-25, con retinopatía diabética y dislipemia en tratamiento con atorvastatina 20 mg. Acude a urgencias por presentar, tras levantarse, sensación de mareo con visión borrosa y diplopía que corrige con la oclusión ocular unilateral; no cefalea ni otros síntomas acompañantes.

Exploración física: PA: 141/80 mmHg. FC: 77 lpm. Temperatura: 36,9 °C. SatO₂: 95%. General: sin alteraciones. Neurológico: nistagmo horizontal de frecuencia alta con OD en abducción, aunque sí se consigue aducción en ese ojo. Diplopía OI. Ptosis palpebral. Parálisis VI izq. Resto normal.

Pruebas complementarias:

- Analítica: bioquímica, hemograma y coagulación sin alteraciones.
- Radiografía de tórax: ICT en el límite. Calcificación botón aórtico. No infiltrados ni derrame.
- ECG: RS a 75 lpm. No alteraciones de la repolarización.
- TC craneal: no se observan signos de sangrado intra ni extraaxial. No se aprecian alteraciones significativas en la densidad del parénquima supra ni infratentorial. Línea media centrada. Sistema ventricular sin alteraciones. Exploración sin hallazgos significativos.
- Ecocardiograma: ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia ligera del septum y función sistólica normales; no se observan alteraciones de la contractilidad segmentaria. Valvulopatía degenerativa sin repercusión funcional. Patrón de flujo de llenado mitral sugerente de alteración de la relajación de VI.
- RM cerebral: infarto lacunar agudo-subagudo en la vertiente más posterior y medial de la protuberancia, que se encuentra en el teórico trayecto de los fascículos longitudinales mediales. Sin signos de transformación hemorrágica.

Evolución: Paciente que ingresa para completar estudio por sospecha de ictus isquémico. A su ingreso se inicia antiagregación y control de factores de riesgo cardiovascular. Se realiza estudio con ecocardiograma, Holter y EDTSA, sin alteraciones significativas. Posteriormente en la RM cerebral se visualiza lesión isquémica en el fascículo longitudinal medial (síndrome del uno y medio) donde se confirma el diagnóstico, visualizándose además infartos lacunares crónicos.

Discusión: Ante una clínica con diplopía binocular es imprescindible realizar una exploración neurológica exhaustiva, ya que puede darnos información acerca de la localización de la lesión. Una vez confirmado su origen isquémico debemos iniciar tratamiento antiagregante, control estricto de los factores de riesgo cardiovascular, así como ampliar el estudio cardiovascular para filiar posibles causas.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.375>