



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2341 - ¡DOCTORA, MI MARIDO ESTÁ RARO!

A. Carrasco Angulo^a, L. Úbeda Cuenca^b, A.C. Frazao dos Santos^c, M. Martínez Pujalte^b, A.B. Martorell Pro^d, M.Á. Gomariz Martínez^e, Y. Romero Castro^d, C. Aguayo Jiménez^f, D.P. Piñar Cabezas^f y M.G. Cortez Ledo^g

^aMédico de Familia. Centro de Salud de San Javier. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de los Alcázares. Murcia. ^dUrgencias. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. ^eGerencia 061 Murcia. Urgencias Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. ^fMedicina Interna. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. ^gUrgencias. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 72 años que sufren en la sala de espera del Centro de Salud pérdida brusca de tono postural y posteriormente de la consciencia con rigidez generalizada y sialorrea. Tras dicho episodio el paciente queda afásico y con mirada conjugada a la derecha. Ante sospecha de ictus de la arteria cerebral media se habla con neurólogo de guardia que lo desestima para la unidad de ictus teniendo en cuenta antecedente de sangrado reciente por sobredosificación de dicumarínicos. Se deriva al servicio de Urgencia del Hospital de referencia y durante su estancia no recupera la consciencia y presenta dos episodios compatibles con crisis tónico-clónicas generalizadas. Por este motivo deciden iniciar perfusión de midazolam. Tras ser valorado por Neurología tras 12 horas en esta situación decide suspender bomba de midazolam e inicia de perfusión de anexate con mejoría franca de nivel de consciencia y manteniendo cierta debilidad de extremidades derechas y leve disartria.

Exploración y pruebas complementarias: ACP: tono rítmico con chasquido protésico. MVC. Neurológicamente no responde a estímulos verbales ni dolorosos, presenta mirada conjugada a la derecha y hemiparesia derecha con RCP extensor. Analíticas (coagulación, hemograma, bioquímica, gasometría venosa) normales. LCR: proteínas 50, acelular. Presión dentro de la normalidad. ECG: ritmo sinusal sin alteraciones en la repolarización. Radiografía de tórax: sin infiltrados pulmonares. TAC craneal (a su llegada a Urgencias): no evidencia de lesiones agudas. TAC craneal (tras 24 horas en Urgencias): sin lesiones agudas intracraneales agudas. EEG: actividad intercrítica parcial no generalizada con inicio frontocentroparietotemporal derecho que difunde a región contralateral. Foco intercrítico vascular que se incrementa con la HV, parcial con generalización secundaria y de inicio frontotemporal derecho. RMN craneal: atrofia corticosubcortical. Leucoencefalopatía vascular.

Juicio clínico: Parálisis de Todd.

Diagnóstico diferencial: Status parcial. Accidente cerebrovascular.

Comentario final: El paciente presenta mejoría clínica progresiva, a las 48 horas de ingreso no

presenta signos de paresia ni clínica sensitiva. Persiste cierta disartria y ampliación de la base de sustentación sin lesión cerebral aguda en RMN. La paresis o parálisis de Todd es una parálisis postictal, que se presenta con debilidad focal en una parte del cuerpo luego de una convulsión. La causa es desconocida. La debilidad afecta las extremidades y se localiza al lado derecho o izquierdo del cuerpo, y suele resolver luego de 48 horas. También puede afectar el lenguaje, la posición de los ojos e incluso la visión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sibbald M, de Bruin ABH. Feasibility of self-reflection as a tool to balance clinical reasoning strategies. *Advances in Health Sciences Education*. 2012;17:417-29.
2. Stiegler MP, Neelankavil JP, Canales C, Dhillon A. Cognitive errors detected in anaesthesiology: A literature review and pilot study. *British Journal of Anaesthesiology*. 2012;108:229-35.