



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/364 - SÍNDROME DE SNEEDDON, UNA CAUSA RARA DE ICTUS

J. López Moreno<sup>a</sup>, F. Leiva-Cepas<sup>b</sup>, J.M. Madeira Martins<sup>c</sup>, E.M. Romero Rodríguez<sup>d</sup>, J. Cuevas Cruces<sup>e</sup> y T. Lechuga Varona<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Aeropuerto. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba. <sup>c</sup>Médico Residente. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba. <sup>e</sup>Centro de Salud Avenida Aeropuerto. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 57 años que acudió a Consulta de Atención Primaria por presentar pérdida de fuerza en MMII de más de un año de evolución. No AF de interés. AP: poliomielitis a los 5 años, hipertrigliceridemia desde 2014, un embarazo ectópico en 1984 y un aborto en 1986, menopausia hace 6 años. Tratamiento habitual: no refería. La paciente refería pérdida de fuerza progresiva en ambos MMII de más de un año de evolución. Refería así mismo disartria y desviación de la comisura bucal hacia la izquierda. No otra sintomatología asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física los tonos rítmicos eran rítmicos sin soplos y el murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. En el tronco y el antebrazo presentaba lesiones cutáneas eritematovioláceas. En la exploración neurológica, los pares craneales eran normales, excepto un facial derecho. Nistagmus disociado en ambas miradas extremas. Paresia asimétrica de MMII 3/5. Hiperreflexia rotuliana y aquilea. Babinski positivo bilateral. La paciente fue derivada a Urgencias donde se le realizaron las siguientes exploraciones complementarias. Analítica: leucocitosis sin desviación a la izquierda. Resto de parámetros incluyendo hormonas tiroideas normales. El ac anticardiolipina y el ac lúpico eran positivos. ANA, ANCA, crioglobulinas, VSG, FR negativos. TAC craneal: No se observan imágenes de sangrado ni colecciones intra ni extraaxiales. RMN cerebral: lesión isquémica subaguda en el territorio profundo de la arteria cerebral media izquierda con áreas de microangiopatías isquémicas. Biopsia cutánea: Alteraciones compatibles con lívedo reticularis.

**Juicio clínico:** Síndrome de Sneeddon.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial se llevaría a cabo con la migraña, demencia vascular, síndrome MELAS, LES, síndrome antifosfolípido, enfermedad de Behçet, panarteritis nodosa, crioglobulinemias, arteriosclerosis, paraproteinemias.

**Comentario final:** Es fundamental realizar una buena anamnesis en todo paciente que presente trastornos motores o sensitivos acompañados de lesiones dérmicas, en base a orientar el diagnóstico

hacia una patología u otra.

## **Bibliografía**

1. Sanahuja Montesinos J, Franquet Gómez, E. Monografías sobre Enfermedad vascular cerebral. JANO. 2003;LXIV:18-24.
2. Serrano-Pozo A, Gómez-Aranda F, Franco-Macías E, Serrano-Cabrera A. Cerebral haemorrhage in Sneddon's syndrome: case report and literature review. Rev Neurol. 2004;39:731-3.

**Palabras clave:** *Sneddon. Disartria. Livedo reticularis. Babinski. Anticardiolipina.*