



242/2866 - ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT) Y MIOCLONÍAS: LIMB SHAKING ISQUÉMICO

I. Veli Cornelio^a, P. Minchong Carrasco^b, J. Parra Jordán^c, S. Pini^d, S. Lisca Pérez^e y M. El Sayed Soheim^f

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Laredo. Cantabria. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 68 años refiere cuadro de pérdida de fuerza en mano derecha, así como mioclonías en extremidad superior derecha posteriormente. Valorado por su médico de Atención Primaria, quien lo deriva a Neurología. Ante la persistencia de episodios de similares características, decide acudir a Urgencias. AP: fumador. DM tipo 2. Psoriasis. Artrosis ambas rodillas. Intervenciones quirúrgicas: prótesis total rodilla derecha (2010) y prótesis total rodilla izquierda (2008).

Exploración y pruebas complementarias: Exploración sistémica: buen estado general. Normoperfundido, normocoloreado y normohidratado. ACP: arrítmico, no soplos. Abdomen anodino. Extremidades inferiores: no signos de TVP, pulsos pedios positivos y simétricos; no edemas. Exploración neurológica: consciente y orientado en tiempo, espacio y persona. Alerta. Hipoestesia de cara externa de brazo y antebrazo. Fuerza: no claudica en Barré ni en Mingazzini. Hiperreflexia de ambas extremidades superiores. Bioquímica: triglicéridos 157, HDL 256, PCR 4,2. Vitamina B12 y ácido fólico normal. Hemoglobina glicosilada 6,7%. Hemograma: leucocitos 11.000, hemoglobina 12,4, VSG 54; resto sin alteraciones. ECG: ritmo sinusal. Extrasístoles ventriculares aisladas. No alteraciones de la repolarización. Rx tórax: múltiples tractos fibrosos. Resto sin alteraciones. Estudio neurofisiológico (EMG, ENG): estudio dentro de la normalidad. TAC craneal: no se identifican signos de hemorragia ni áreas de infarto. AngioTAC: estenosis del 70-75% de carótida interna izquierda. EEG: dentro de la normalidad.

Juicio clínico: AIT carotídeos izquierdos (Limb shaking). Estenosis carótida interna izquierda significativa.

Diagnóstico diferencial: Crisis focales motoras. Crisis mioclónicas. Parkinson.

Comentario final: En angioTAC se evidencia estenosis significativa de carótida interna izquierda, que podría justificar el cuadro clínico descrito por el paciente (Limb shaking). Finalmente, tras

valoración por cirugía cardiovascular, se decide endarterectomía carotídea izquierda. El "limb shaking" o "agitación de miembros" es una forma rara de AIT que puede confundirse fácilmente con convulsiones motoras focales. Se define como un cuadro de sacudidas en un miembro por isquemia transitoria hemisférica contralateral originado por mecanismos hemodinámicos, usualmente por estenosis carotídea.

Bibliografía

1. Das A, et al. Limb-shaking transient ischemic attack. J Neurosci Rural Pract. 2013;4(1):55-6.
2. Siniscalchi A, et al. Limb-Shaking Transient Ischemic Attack Associated with Focal Electroencephalography Slowing: Case Report. J Vasc Interv Neurol. 2012;5(1):3-5.

Palabras clave: Limb shaking. AIT. Mioclonías.