



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/1792 - ICTUS MANDIBULAR

T. Rodríguez Martínez<sup>a</sup>, A. Ibasate Cubillas<sup>b</sup>, N. Aguirre Juaristi<sup>c</sup> y T. Delgado Santillana<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa la Vega, Burgos. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cristóbal Acosta, Burgos. <sup>c</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Burgos. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Comuneros, Burgos.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 87 años que acude a su MAP por desviación de la comisura labial izquierda y alteración en el habla de 30 minutos de evolución. La paciente comenta que esto ha ocurrido de manera espontánea mientras comía en su domicilio, sin traumatismo previo, ni otro tipo de desencadenante. La paciente acude por su propio pie, tranquila y acompañada por un familiar. Sin otro antecedente de interés. Es derivada a SUH trasladada por la UME y activado el Código Ictus. No hábito tóxicos DM, obesidad, HTA, dislipemia. En estudio por elevación de transaminasas, síndrome depresivo, mastectomizada mama derecha y fibrilación auricular. Tratamiento: simvastatina 20 mg, metformina 850, omeprazol 20 mg, telmisartán 80 mg, venlafaxina 150, Eliquis 5 mg, amlodipino 5 mg y bisoprolol 5 mg.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 137/66, glucemia 102 mg/dl. Consciente, bien orientada, BEG, eupneica en reposo. PVY normal, carótidas sin soplos. Exploración cardiopulmonar: normal. Exploración neurológica: disartria y desviación mandibular izquierda, sin otra focalidad neurológica aparente. EKG: FA a 75 lpm. Sin alteraciones analíticas significativas. TAC cerebral normal.

**Orientación diagnóstica:** Tras el TAC solicitado (normal) en puerta por neurología y una anamnesis exhaustiva por nuestra parte se descarta un accidente isquémico o hemorrágico cerebral. En este caso solicitaremos una ortopantomografía y se objetiva una luxación mandibular de la ATM derecha con oclusión mandibular mantenida. Tratamiento: reducción mandibular en el UH, Vendaje 72h con retirada y apertura cauta y progresiva de la boca, Dieta túrmix 1 semana (pajita o cucharilla), analgesia habitual.

**Diagnóstico diferencial:** Hipoglucemia, migraña con aura, trastorno conversivo, encefalopatía hipertensiva, otros.

**Comentario final:** La luxación mandibular sin traumatismo previo es una patología poco frecuente en nuestro medio, en el caso de mujer de avanzada edad es más prevalente. En el servicio de Urgencias puede llegar a ser habitual los falsos diagnósticos de AIT pudiendo llegar a ser el 50% de los casos. En nuestro una paciente con FRCV evidentes, nos orientamos hacia la sospechar de patología vascular, pero una anamnesis y exploraciones minuciosa nos pueden dirigir a un

diagnóstico, sin realizar pruebas complementarias más agresivas para el paciente.

### **Bibliografía**

1. Jensen T, Felt-Hansen P, Lauritzen M, et al. Classic migraine. A prospective recording of symptoms. *Acta Neurol Scand.* 2016;73:359-62.

**Palabras clave:** Simuladores de ictus. Luxación mandibular. Falsos diagnósticos.