



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/2795 - DOCTORA, ME DOY GOLPES CONTRA LA PARED

M. Fernández Pérez<sup>1</sup>, A. Fernández Bosch<sup>1</sup>, F. Peiró Monzó<sup>2</sup> y A. Muros Ortega<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Albacete. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona I. Albacete.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 85 años, sin deterioro cognitivo, independiente para todas las actividades de la vida diaria. HTA. Exfumador. FA paroxística anticoagulado con edoxabán. Acude a consulta por mareo tipo inestabilidad y confusión desde hace aproximadamente una semana. El paciente refiere además que presenta visión borrosa, y su hija nos comenta que al caminar, llega a chocar con objetos, sobre todo en el lado derecho, aunque comenta disminución de agudeza visual de meses de evolución por una catarata. No refiere pérdida de fuerza ni alteración de la sensibilidad. No refiere náuseas ni vómitos, ni clínica de proceso infeccioso. No TCE previo. No otra clínica acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. TA: 116/55, FC: 60, Sat 93%. Exploración neurológica con hemianopsia homónima derecha. Extinción visual derecha. Resto de pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad normal. No alteración del lenguaje. No alteración de la marcha. ACP: normal. El paciente es derivado a urgencias hospitalarias. Analítica sin alteraciones. ECG con bradicardia sinusal y con BRD y HBAI ya conocido. TAC: no colecciones hemáticas intra ni extraaxiales. No desplazamiento de línea media ni semiología de proceso expansivo. Hipodensidad posterior izquierda, sugestiva de lesión isquémica subaguda en territorio de arteria cerebral posterior izquierda.

**Orientación diagnóstica:** Según la exploración física, y tras la realización de TC y valoración por parte de Neurología a nivel hospitalario, se concluyó que se trataba de un Ictus isquémico subagudo de ACP izquierda de etiología cardioembólica en un paciente con FA paroxística.

**Diagnóstico diferencial:** Vértigo periférico. Sepsis. Catarata.

**Comentario final:** Es de vital importancia, ante la presencia de un mareo, además de la toma de constantes, realizar una correcta exploración neurológica para acercarse lo máximo posible al diagnóstico. Siempre hay que valorar las alteraciones visuales no como únicamente patología visual, sino como focalidad neurológica. El paciente estaba anticoagulado con edoxabán, y dicho tratamiento fue sustituido por parte de Neurología, cambiándose a rivaroxabán, al existir estudios que demuestran una menor incidencia de ictus isquémico.

### Bibliografía

1. Jiménez Murillo L. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación, ed edición. Elsevier.
2. Harrison Principios de Medicina Interna, 17ª ed.

**Palabras clave:** Hemianopsia. Vértigo.