



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/371 - DOCTORA, NO PUEDO MOVER EL BRAZO...

R. Alonso Martínez^a, C. Albaladejo Blanco^b, M. Valcárcel Rodríguez^a, C. Carreras Vidal^a y E. Moreno Ariño^c

^aMédico de Urgencias; ^cMédico de Familia. Hospital Municipal de Badalona. Barcelona. ^bMédico de Familia. Centro de Atención Primaria Llefià. Badalona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 57 años de edad, fumador activo y exbebedor importante, con antecedentes de: cervicoartrosis, EPOC y cirrosis hepática por virus C. De forma brusca, hace menos de 1 hora, presenta pérdida de fuerza en el brazo izquierdo sin otra sintomatología acompañante, acudiendo a urgencias del CAP. El médico de guardia objetiva una imposibilidad total para mover el brazo afecto pero sin otros déficits neurológicos aparentes y, con algunas dudas, deriva al paciente al servicio de urgencias hospitalario (SUH).

Exploración y pruebas complementarias: En el SUH se practica exploración general (subictericia, hepatoesplenomegalia) y neurológica (monoplejía braquial izquierda), analítica (plaquetas 54.000, INR 1.6/TP 61%, GPT 72/GOT 102) y TAC craneal: hemorragia intraparenquimatosa de 8 × 10 × 11 mm en centro semioval derecho. Se derivó a Unidad de Ictus donde permaneció en observación 48 horas. El paciente evolucionó favorablemente y dadas las características de la hemorragia (pequeño tamaño, sin edema perilesional ni efecto masa) retornó al hospital inicial.

Juicio clínico: Monoplejía braquial por mini-hemorragia cerebral espontánea, en contexto de plaquetopenia y coagulopatía secundaria a hepatopatía crónica avanzada.

Diagnóstico diferencial: Parálisis central por patologías del hemisferio cerebral contralateral: ictus isquémico/hemorrágico, tumor intracraneal primario/metastásico, abscesos, etc. Parálisis periférica por patologías medulares/nerviosas homolaterales: discopatía cervical y plexopatía cervicobraquial (cursan con dolor neuropático), tumor de Pancoast (cursa con RX tórax patológica), polineuritis de Guillain-Barré (parálisis simétrica y ascendente), esclerosis lateral amiotrófica (curso más subagudo y progresivo), etc. Parálisis histérica.

Comentario final: Cualquier tipo de focalidad neurológica aguda debe alertar al médico de familia de un posible ictus y derivar al paciente rápidamente a un SUH para la práctica de TAC craneal. Las hemorragias intracraneales espontáneas se dan habitualmente en pacientes con HTA mal controlada y/o en tratamiento anticoagulante, aunque también pueden deberse a rotura de malformaciones vasculares, vasculitis, tumores, drogas vasopresoras o discrasias hemáticas como en el presente caso. Además de la focalidad motora aguda, cursan con cefalea, vómitos y disminución del nivel de conciencia en mayor o menor grado según el tamaño del sangrado.

Bibliografía

1. Horny J. Compendio de diagnóstico diferencial. Barcelona: Científico-médica, 1981.
2. Lépori LR. Miniatlas accidente cerebrovascular. Buenos Aires: Lebar Asociados, 2008.
3. Martín-Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria, 7ª ed. Barcelona: Elsevier, 2014.

Palabras clave: *Monoplejía. Ictus hemorrágico. Hemorragia intraparenquimatosa.*