



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/364 - Síndrome de Sneedon, una causa rara de ictus

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

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Aeropuerto. Córdoba. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba. ^cMédico Residente. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba. ^eCentro 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 Sneedon.

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.*