



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1083 - ¡Eso es la pastilla nueva que me sienta mal!

D. Fernández Torre^a, P. López Tens^b, A. Blanco García^c, J. Villar Ramos^d, M. Montes Pérez^e, C. Fortuny Henríquez^f, L. Gómez Ruiz^g, A. Fernández Serna^g, M.E. Guerra Hernández^e y S. Quintana Cabieces^h

^aMédico Residente. Centro de Salud Centro. Santander. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. ^dMédico Residente. Centro de Salud Dávila. Santander. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Camargo. ^fMédico Residente. Centro de Salud La Marina. Santander. ^gMédico Residente. Centro de Salud Sardinero. Santander. ^hMédico de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 85 años en seguimiento por neurología por sospecha de enfermedad de Parkinson que acude a urgencias por cuadro de 72 horas de visión borrosa, inestabilidad de la marcha (que atribuyó a coxalgia) y sensación de mareo (sin giro de objetos). El paciente lo relaciona con inicio de etoricoxib por artralgias. Durante la espera del TAC craneal para descartar organicidad, presenta una crisis comicial con movimientos distónicos de MSI, paresia de EII y desviación de la comisura labial sin alteración del nivel de consciencia iniciándose levetiracetam.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. TA: 142/92 mmHg, FC: 62 lpm, SatO₂: 96%. No ingurgitación yugular. ACP: normal. Abdomen anodino. Temblor de reposo en MSD con rigidez. EEII: no edemas ni signos de TVP. Neurológico: Romberg inestable. Marcha inestable (difícil de valorar por coxalgia). Fondo ojo: normal. Analítica: leucocitos 6,4/mm³, Hb 15,7 g/dl, plaquetas 142.000/mm³. Glucosa 98 mg/dl, urea 46 mg/dl, creatinina 1,01 mg/dl, Na 144 mEq/L, K 4,4 mEq/L, troponina 0,03 ng/ml. Orina: normal. ECG: normal. TC craneal basal: infarto isquémico establecido de evolución aguda-subaguda en territorio distal de la arteria cerebral posterior derecha. Eco-doppler troncos supraaórticos: ateromatosis difusa con estenosis menor de 50% en arteria carótida interna derecha. EEG: no actividad epileptiforme. Holter: rachas de ACXFA.

Juicio clínico: ACVA isquémico en territorio de arteria cerebral posterior derecha de probable origen cardioembólico. Crisis parciales posisquémicas. Estenosis de carótida interna derecha menor del 50%.

Diagnóstico diferencial: AIT, hemorragia intracerebral, hematoma subdural o epidural, tumores, infecciones, epilepsia, efectos secundarios de fármacos.

Comentario final: Es importante realizar una adecuada anamnesis y preguntar tratamientos nuevos. Aquí, el paciente relacionaba la clínica con el inicio del etoricoxib y entre sus efectos adversos se encuentran el mareo y la visión borrosa. Pero ante la duda de estar ante un ACVA

vertebro-basilar o una LOE cerebral (aún con exploración inespecífica) era necesario una prueba de imagen para descartarlo.

Bibliografía

1. Alonso de Leciñana M, Egido JA, Casado I, Ribó M, Dávalos A, Masjuan J; ad hoc committee of the SEN Study Group for Cerebrovascular Diseases, et al. Guía para el tratamiento del infarto cerebral agudo. *Neurologia*. 2014;29:102-22.

Palabras clave: *Ictus. ACVA. Mareo. Borroso. Inestable.*