



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/893 - NUNCA DEJARÉ DE BUSCAR

S. Rodríguez Concheso, C. de Santiago González, J. Esteves Baldó, L. Sierra Martínez y L. Rodríguez Cabrera

Médico de Familia. Centro de Salud de Tudela de Duero. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 49 años, sin antecedentes de interés, tratamiento habitual: AINE. En 2014 el paciente consulta en urgencias por mareo brusco de varias horas. Presentaba náuseas e inestabilidad al caminar. Se le remitió al neurólogo. El día de la consulta la exploración fue normal, se pidió RMN craneal, eco doppler de TSA y analítica con resultados normales. Contó que tuvo dos episodios similares. Ambos bruscos, uno con dificultad para la movilización de piernas y otro con dificultad para el habla. Fue al ORL quien le pautó Serc 16 mg, que no precisó nunca. Fue dado de alta diagnosticado de mareo inespecífico, descartándose patología neurológica/vascular asociada Este año (2017), comienza de forma súbita con dificultad para la emisión del lenguaje y para la escritura. Acude a urgencias y se activa el Código ictus.

Exploración y pruebas complementarias: Examen neurológico: afasia moderada de predominio motor con hipofluencia verbal, disnomia, y trastorno en la repetición. Extinción somestésica izquierda. Resto normal. Exploración general: sin alteraciones. Estudios complementarios: analítica y ECG: sin interés. Tc cerebral de perfusión urgente: flujo sanguíneo disminuido en región temporal derecha en relación con área de penumbra en territorio de arteria cerebral media derecha. Se realizó fibrinólisis. TC craneal de control posfibrinólisis y RM cerebral: Infartos isquémicos establecidos y sin signos de transformación hemorrágica en territorio de arteria cerebral media derecha. Doppler TSA: ateromatosis carotídea bilateral ligera. Marcadores tumorales, serología, cuagulograma, inmunoglobulinas, radiografía tórax: sin alteraciones. Ecocardiograma transtorácico y transesofágico: IM significativa. AI ligeramente dilatada. Foramen oval permeable con flujo espontáneo izquierda derecha. Resto sin alteraciones. Se le implantó un Holter subcutáneo, FA paroxística.

Juicio clínico: Ictus isquémico de origen cardioembólico.

Diagnóstico diferencial: Hipoglucemia. Epilepsia.

Comentario final: El estudio que se realizó en 2014 no fue completo, no se realizó estudio cardiológico. El 20% de los ictus isquémicos según la OMS son de origen cardioembólico y que la causa en un 50% es una FA. Por tanto en caso de sospecha de evento isquémico no debemos de olvidar la importancia de la realización de un ecocardiograma y sobre todo de un Holter.

Bibliografía

1. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013;44:870.

Palabras clave: Ateromatosis. Holter. Bloqueo auriculoventricular.