



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/2115 - ¡ATENCIÓN! SI ES UN ICTUS NO HAY HIPOTENSIÓN

M. Guzmán Quesada<sup>a</sup>, Á. Monterde Ortega<sup>b</sup>, E. Guzmán Quesada<sup>c</sup> y A. Martín Piedra<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Neurología. Hospital Universitario de Córdoba. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Guadalhorce. Málaga. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 54 años HTA en tratamiento con enalapril, carvedilol y furosemida. Fumador 5-6 cigarrillos diarios. Acude por cefalea frontal de inicio súbito y mareo de tres horas de evolución sin otra clínica acompañante ni focalidad neurológica. Se le realiza TC y analítica básica resultando normal. Al alta comienza con somnolencia, y focalidad neurológica por lo que se avisa a neurólogo de guardia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Primera valoración: buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Normohidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo. ACR: normal. MMII: normal. Analítica: sin alteraciones. TC cráneo urgente: sin hallazgos. TA: no registrada. A las seis horas de inicio de clínica: TA: 70/50. Exploración neurológica: somnolencia. Hemianopsia homónima izquierda. Paresia facial central izquierda. Mínima disartria. Paresia MSI 4/5. RCP izquierdo indiferente. Extinción táctil izquierda. NIHSS 6 puntos. A los 10 minutos empeoramiento siendo NIHSS 10. TC cráneo urgente: sin hallazgos. Angio-TC de troncos supraórticos: disección aórtica tipo A de Stanford con extensión proximal a ambas carótidas comunes hasta sedas bifurcaciones. Disección de arteria carótida interna derecha. Angio TC aorta toracoabdominal: disección aórtica tipo A de Stanford/I de Bakey con extensión a troncos supraaórticos, aorta torácica y abdominal hasta su bifurcación, siendo la falsa luz aórtica de mayor calibre que la verdadera.

**Orientación diagnóstica:** Ictus isquémico secundario a disección aórtica tipo A de Stanford/I de Bakey con extensión a troncos supraaórticos

**Diagnóstico diferencial:** Disección de aorta. Rotura aneurisma. Ictus.

**Comentario final:** Un ictus hemorrágico y un ictus isquémico de causa aterotrombótica o embólica no se acompañan de hipotensión. En este caso se llamó a Neurología por aparición de focalidad con el objetivo de activar código Ictus. La orientación diagnóstica cambió al registrarse hipotensión, por lo que se buscó otra causa de isquemia cerebral como rotura/disección de aorta.

### Bibliografía

1. Burboa-Noriega L, Burboa-Noriega J, Cristancho-Rojas C, et al. Evaluation of the

characteristics of aortic dissection by computed angio-tomography in the Mexican population. 2018; doi: 10.1016/j.acmx.2018.05.009.

2. Borracci RA, Baldi J Jr, Yñon D, et al. Current hospital mortality, neurological deficit, and mid-term survival after surgery for acute type A aortic dissection. 2018; doi: 10.1016/j.acmx.2018.05.001.

**Palabras clave:** Hipotensión. Ictus isquémico. Disección aórtica.