



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/3806 - NO TODO ES LO QUE PARECE, ¡LA IMPORTANCIA ESTÁ EN DESCARTARLO!

M. Royo Moreno^a, M. Rodríguez Ferrer^b, R. Aparicio Clemente^c y M. García Casas^a

^aMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teruel Centro. Teruel. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teruel Ensanche. Teruel. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teruel Centro. Teruel.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 33 años, con antecedente de ACVA minor lacunar parietoccipital izquierdo. Anticoagulante lúpico positivo persistente. Acude a Urgencias de su Centro de Salud por presentar desde hace 4 horas hemiparesia y hemihipoestesia derechas. Se activa Código Ictus y el paciente es derivado a Urgencias Hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta pupilas isocóricas y normorreactivas, no nistagmus, MOES normales, sin alteraciones de la marcha, leve hemihipoestesia derecha, fuerza (ESI 5/5, EII 5/5, ESD 4+/5 y EID 4/5), leve disimetría en la prueba dedo-nariz derecha, ROT conservados, RCP flexor izquierdo e indiferente derecho, Romberg negativo. No rigidez de nuca, no signos meníngeos. ECG, hemograma, coagulación, bioquímica, y gasometría venosa, con valores dentro de la normalidad. TAC cerebral: descarta patología intracraneal aguda, pero describe poliposis sinusal maxilar y sinusopatía fronto-etmoidal derechas. Ingresó para estudio en Neurología, donde se le realizó una angio-RM intracraneal sin alteraciones y una RMN cerebral que muestra ocupación de senos paranasales y patrón obstructivo a nivel del complejo osteomeatal derechos. Punción lumbar no se realiza por parestesias y debilidad en ambas EEII con la prueba. Durante su ingreso presenta cefalea y dolor en hemicráneo derecha que cede con analgesia.

Orientación diagnóstica: Focalidad neurológica acompañado de cefalea, se descarta patología vascular isquémica central. Posible migraña (hemipléjica, linfocitaria...) y sinusopatía etmoidofrontal y maxilar.

Diagnóstico diferencial: Ictus. Convulsiones. Migraña. Hipoglucemia. Encefalopatía hipertensiva. Trastorno por conversión.

Comentario final: En los centros de salud, el diagnóstico, aunque fundamentalmente clínico, puede resultar bastante complejo. Un estudio mostró que hasta un 30% de los pacientes enviados a urgencias por sospecha de ictus presentaron finalmente otra patología. En otro estudio sobre pacientes no hospitalarios, sólo el 8% de los pacientes no comatosos, sin TCE y con síntomas neurológicos relevantes (alteración de la consciencia, signos neurológicos focales, convulsiones, síncope, dolor de cabeza o debilidad/mareo/náuseas) presentaron finalmente un diagnóstico de ictus. Por lo que si hay alguna duda acerca de la causa de los síntomas, se debe proceder como si se

tratase de un ictus, y así no retrasar el tratamiento en el caso de que éste sea necesario.

Bibliografía

1. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/ictus-fase-aguda>.

Palabras clave: Enfermedad cerebrovascular. Migraña.