



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3418 - ALGO MÁS QUE UNA CONTRACTURA MUSCULAR

C. Alonso Lamas<sup>a</sup>, M. Rojas Hernandez<sup>b</sup>, M. Blanco González<sup>c</sup> y S. Rodríguez Concheso<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cigales. Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamazo. Valladolid. <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canterac. Valladolid. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cigales. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 45 años, sin AP de interés, acude a consulta por haber presentado, en el contexto de coger peso, dolor cervical y mareo sin asociar cortejo vegetativo ni sensación de giro de objetos de segundos de duración. Refiere también cefalea opresiva en región frontoparietal bilateral y mareo con esfuerzos leves. El dolor mejora con analgesia por lo que fue tratado como contractura musculatura cervical. A la semana presenta hipoestesia peribucal izquierda, hipoestesia de extremidad superior izquierda y dificultad para realizar los movimientos finos de ESI. Persistiendo el dolor occipital y los episodios de mareo brusco de minutos de duración.

**Exploración y pruebas complementarias:** Dolor a la palpación de apófisis espinosas de C5-C7. Dolor y contractura en musculatura paravertebral bilateral. 1<sup>a</sup> exploración NRL: consciente, orientado. Pupilas isocóricas normorreactivas. MOES conservados. No asimetrías faciales. Reflejos, fuerza, sensibilidad y marcha normales. No disimetría. No signos meníngeos. Reexploración NRL en 2<sup>a</sup> consulta: asimetría surco nasogeniano izquierdo. Hipoestesia peribucal izquierda con afectación de la mucosa yugal y lingual. Analítica: normal. Rx cervical: cambios degenerativos. TAC cerebral: infarto lacunar en tálamo derecho e hipodensidad en hemisferio cerebeloso izquierdo en relación con lesión isquémica aguda. AngioTC de TSA y polígono de Willis: en el segmento V1 disminución de calibre de la luz con paso filiforme de contraste en el segmento V2 e hiperdensidad anular sugestiva de trombosis mural a este nivel. AngioRM de TSA: infartos isquémicos en el territorio vertebro-basilar (hemisféricos cerebelosos y talámico) de etiología ateroembólica en contexto de disección vertebral; disección de la arteria vertebral izquierda.

**Orientación diagnóstica:** Ictus isquémico vertebro-basilar ateroembólico secundario a disección de la arteria vertebral izquierda.

**Diagnóstico diferencial:** Cervicalgia mecánica, ictus, cefalea tensional, vértigo.

**Comentario final:** Es importante realizar una correcta exploración neurológica y hacer un seguimiento estrecho de pacientes con clínica vertebral.

### Bibliografía

1. Shea K, Stahmer S. Carotid and vertebral arterial dissections in the emergency department. *Emerg Med Pract.* 2012;14(4):1-23.
2. Maruyama H, Nagoya H, Kato Y, et al. Spontaneous cervicocephalic arterial dissection with headache and neck pain as the only symptom. *J Headache Pain.* 2012;13(3):247-53.

**Palabras clave:** Cervicalgia. Disección arteria vertebral. Ictus vertebro-basilar.