Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):374

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/1149 - ¿Y SI TENGO UN ICTUS?

J. Villar Ramos[1], A. Altadill Bermejo[2], V. Pérez Villacorta[3] y C. Gracia Alloza[4]

[1]Médico de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. [4]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: 70 años, médico, acudió por disminución de sensibilidad en mentón 1 x 1 cm, de horas de evolución además de disnea de moderados esfuerzos según refiere su mujer de más de 15 días de evolución. AP: HTA, dislipemia, fibrilación auricular, Ca epidermoide. Tratamiento: apixaban, carvedilol, enalapril, atorvastatina.

Exploración y pruebas complementarias: TA110/80, FC 74, FR 14, SatO2: 85-88% basal. SatO2 90% con gafas nasales. AC: arrítmica. AP: MVC con subcrepitantes bilaterales. EEII: edemas con fóvea. No presentaba datos de focalidad neurológica. Se exploró territorio mentoniano donde refería parestesias que discriminaba correctamente al tacto GAB: pH 7,50, pCO2 35,3 mmHg, pO2 55,4 mmHg, HCO3 27,5 mmol/L, BE 4,9 mmol/L, ctCO2 28,6 mmol/L, SatO2 89,8%, tHb 16,4 g/dL. Analítica: urea 92, PCR 0,7, NT-proBNP 1,377, plaquetas 78, no leucocitosis ni desviación izquierda, lI.N.R. 1,59 ALT 393, AST 445, GGT 1,492, FA 157, LDH 4,563, ferritina > 1.732,5, CA 19.9 63,1. Rx tórax: cardiomegalia global y conglomerado adenopático de localización en LID. TAC craneal: No isquemia aguda ni hemorragia. Eco: hepatopatía crónica TAC: neoformación pulmonar parahiliar derecha, afectación retroperitoneal y afectación metastásica hepática.

Orientación diagnóstica: IC descompensada. Alcalosis metabólica con insuficiencia respiratoria parcial. Neoplasia pulmonar TEP.

Diagnóstico diferencial: Ictus. Derrame pleural. EPOC.

Comentario final: Se trata por tanto de un varón, sanitario, cuya preocupación trata de descartar un ictus. Sin embargo, tras la exploración neurológica llama más la atención la Sat O2 tomada con pulsioximetría a lo cual el paciente resta importancia ya que según refiere “siempre respira así aunque ahora le cueste algo más”. Teniendo en cuenta los antecedentes de viaje reciente, disnea, sensación de acorchamiento mentoniana se establecen datos de alarma por lo cual se decide la derivación hospitalaria con sospecha de TEP como primera opción diagnostica. Las causas más frecuentes ante estas situaciones son el EPOC, neumonías y TEP. Es importante visualizar al paciente como un conjunto sin centrarnos únicamente en el motivo de consulta inicial y prestando atención en síntomas acompañantes.

Bibliografía

1. Palomar Alguacil V, Jiménez Murillo L, et al. Medicina de urgencias y emergencias, Torres Murillo JM, Gil Hernández S, et al. Capítulo 36, 248-51 y Capítulo 25, 197-203.

Palabras clave: Neoplasia. Ictus. TEP.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.