Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):786

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/374 - CÓDIGO ICTUS. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Cobos Bosquet[1], M. Díaz Sánchez[2], M. Carricondo Avivar[3] y J. Moreno Macías[4]

[1]Médico de Urgencias. Centro Hospitalario de Alta Resolución de Lebrija. Sevilla. [2]Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Sevilla. [3]Médico de Familia. Empresa Pública de Emergencias 061. Almería. [4]Médico de Urgencias. Hospital Alta Resolución. Lebrija. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 61 años que acude a consulta por sensación vertiginosa. Antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales. Refiere episodio de 2 horas de evolución consistente en sensación vertiginosa, cierta disfagia y visión doble. Ha constatado cifras de tensión arterial de 180/100 mmHg por lo que ha tomado captopril 25 mg, descendiendo las cifras, pero persistiendo la clínica, motivo por el que consulta. Tras explorar a la paciente, se objetiva paresia del recto interno derecho. Ante la sospecha de ictus de probable localización vertebro-basilar y siendo la paciente candidata a fibrinólisis, se activa Código Ictus vía sala de coordinación 061. A su llegada a hospital de referencia se realiza TAC cráneo y angio TC, confirmándose el diagnóstico y administrándose alteplasa intravenosa. El proceso se realiza sin complicaciones y tras varios días de hospitalización se procede al alta sin déficit neurológico.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general, Tensión arterial: 150/85 mmHg. Normohidratada y normoperfundida. Eupneica. Glucemia capilar: 248 mg. Exploración neurológica consciente, orientada en persona, espacio y tiempo. No presenta alteración del habla ni lenguaje. Campimetría normal. PINLA. Diplopía en mirada horizontal bilateral vertical y mirada vertical. Nistagmo vertical. Paresia recto interno derecho. Muy leve borramiento surco nasogeniano derecho, resto de pares craneales conservados. No déficit en sensibilidad. No dismetría. Imposible explorar marcha. Escala NIHSS 1 punto. TAC craneal y angioTAC: Ictus lagunares capsuloganglionares crónicos. ASPECTS 10. Ligera disminución del calibre en arteria cerebral posterior izquierda con adecuada repleción. El hemograma, bioquímica y estudio de coagulación mostraron resultados normales. Electrocardiograma sin alteraciones.

Orientación diagnóstica: Ictus isquémico.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico incluye accidente vásculo-cerebral, lesiones compresivas (tumores, aneurisma), enfermedad de Graves, traumatismo, trombosis seno cavernoso, E. Wernicke, miositis, sinusitis, botulismo, Esclerosis múltiple, miastenia gravis...

Comentario final: La isquemia en territorio cerebral posterior raramente cursa con un solo síntoma. Habitualmente agrupan: debilidad de miembros, ataxia en cintura escapular y pélvica, parálisis oculomotoras, disfunción orofaríngea, vértigo, cefalea, vómitos... Es importante realizar

una exploración correcta, para orientar el diagnóstico diferencial y hallar signos de alarma, especialmente en procesos tiempo-dependiente.

Bibliografía

1. López Zúñiga MÁ, Andreo Jiménez FJ, Barrero Hernández FJ. Whem a stroke is not a stroke. Emergencias. 2018;30(2):136-7.

Palabras clave: Ictus. Doble visión. Vértigo.

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