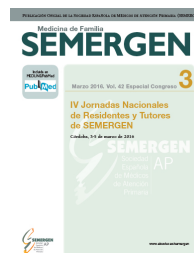




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-147 - ME QUEDÉ SIN PALABRAS

M.B. Esteban Rojas, J.J. Esteban Márquez, F. Cabezudo Moreno, J.C. Batalla Garlito, N. Quevedo y M. González Manso

CS Zona Centro.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 40 años, no fumadora, con antecedentes personales de valvulopatías mitral, aórtica y tricuspídea por fiebre reumática en la infancia en tratamiento con Sintrom mal controlado, portadora de prótesis mitral y aórtica mecánicas, y comisurotomía y anuloplastia tricúspide, insuficiencia cardíaca clase funcional III-IV, fibrilación auricular revertida, metrorragias abundantes, anemia ferropénica con transfusiones de repetición y trastorno de ansiedad. Presenta clínica de mutismo de 2 horas de evolución, dificultad para la fluencia, sin emisión de ningún sonido. No disnea ni fiebre, no pérdida de conocimiento, no convulsiones, no desviación de la comisura bucal, no hemianopsia, hemiparesia ni hemihipoestesia contralateral, no asomatognosia, no desorientación temporo-espacial, no relajación de esfínteres, marcha conservada. No otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 105/42, saturación de oxígeno 98%, ACP: rítmica, sin ruidos patológicos. Exploración neurológica: pares craneales normales, no disimetrías, no disdiadococinesias, fuerza y sensibilidad conservadas. Rankin 3 puntos. ECG: ritmo sinusal a 48 lpm, eje normal, CSV aislados, sin alteraciones agudas de la repolarización. Analítica: hemoglobina 9,8 g/dl, Hematocrito 31,1%, leucocitos normales, plaquetas normales, actividad TP 51%, INR 1,65, TTPA 28,3 segundos, fibrinógeno 306 mg/dl, glucosa 95 mg/dl, LDH 598 UI/l, resto normal. TAC craneal: normal. Ecocardiografía: aurícula izquierda ligeramente dilatada, prótesis en posición, resto normal. TAC craneal de control: normal. Electroencefalograma: Grado moderado de afectación cerebral difusa, foco lento persistente y anomalías epileptiformes en región temporal izquierda.

Juicio clínico: Clínicamente probable ICTUS isquémico cardioembólico de ACM izquierda con afasia motora por fallo de anticoagulación tras terapia sustitutiva.

Diagnóstico diferencial: Ictus, AIT, trastorno conversivo, hipoglucemia, crisis de ausencia, trastorno facticio, consumo de sustancias o tóxicos.

Comentario final: Los accidentes cerebrovasculares pueden ser isquémicos (80-85%, siendo la afectación de la arteria cerebral media la más frecuente) o hemorrágicos. La HTA es el principal factor de riesgo tanto de los ACV ateroscleróticos como hemorrágicos, y la fibrilación auricular de los embólicos. La clínica típica de los ACV isquémicos por afectación de la ACM consiste en hemiparesia y hemihipoestesia contralaterales de predominio faciobraquial, hemianopsia homónima contralateral, afasias, agnosias, alexia con agrafia y desviación ocular ipsilateral. En este caso

tenemos a una paciente con valvulopatía anticoagulada mal controlada con múltiples consultas en atención primaria y urgencias por posibles trombosis venosas profundas, que es ingresada en Neurología por clínica de mutismo de 2 horas de evolución. Tras realizar las pruebas complementarias se llega al diagnóstico de probable ictus isquémico cardioembólico de ACM izquierda con afasia motora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L. Medicina de urgencias y emergencias, 5ª ed. Barcelona. Elsevier; 2015.
2. Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 17ª ed. México. McGraw Hill; 2009.