



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/358 - ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO ATÍPICO

E. Vera Romero^a, A. Aragón Merino^b y V. Cambero Cortés^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud San Jorge. Cáceres. ^bMédico Residente. Centro de Salud Zona Centro. Cáceres. ^cMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Nuevo Cáceres.

Resumen

Descripción del caso: AP: no RAMC, exfumador. HTA y cojera de MII por accidente de tráfico en la juventud. No intervenciones quirúrgicas. Anamnesis: varón de 74 años, asiduo y conocido de la consulta, acude por movimientos involuntarios e incontrolados en brazo y pierna derecha desde hace cuatro días de comienzo agudo y con empeoramiento progresivo ocasionándole inestabilidad y varias caídas accidentales. Solicitamos analítica y TAC craneal urgente. Derivación preferente a Neurología.

Exploración y pruebas complementarias: Estable clínica y hemodinámicamente, exploración física por aparatos anodina. Neurológicamente atento y orientado, sin alteraciones del lenguaje. Pares craneales normales. Maniobra de Barre y Minganzzini con cierto déficit por movimientos tipo coreicos persistentes en brazo y pierna derechos. Reflejos rotuliano derecho más marcado que izquierdo y reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación normal. Proteinograma e Ig normales. Serología de VIH y Lúes negativa. ECG: sin alteraciones. TAC craneal sin signos claros de isquemia y dudosa hipodensidad en la unión mesocéfalo-talámica izquierda. Desde Neurología se le pide RMN que confirma una lesión isquémica lacunar en subtálamo izquierdo, compatible con pequeño infarto a dicho nivel.

Juicio clínico: Hemicorea derecha de origen vascular por Infarto tipo LACI subtalámico izquierdo.

Diagnóstico diferencial: La clínica y las pruebas complementarias nos plantean un diagnóstico diferencial de un cuadro de simulación, síndrome parkinsoniano y corea aguda.

Comentario final: El trato cercano con el paciente y la intuición le otorga al médico de familia una gran visión diagnóstica. El cuadro del paciente con estos raros y extravagantes movimientos era una hemicorea aguda causada por un, no tan raro y frecuente, ictus isquémico. Este caso clínico, aunque poco habitual en la consulta, tiene como propósito hacernos pensar sobre la importancia del conocimiento de otro tipo de signos sugestivos de accidente cerebrovascular más allá de los típicos déficit motores o alteraciones del lenguaje.

Bibliografía

1. Pareés I, Hernández-Vara J, Álvarez-Sabin J. Hemicorea postictus: estudio observacional de 15 casos. Rev Neurología. 2010;51:460-4.

2. Sajish J, Harsh G. Delayed Hemichorea Following Temporal-Occipital Lobe Infarction. Tremor Other Hiperkinet Mov. N Y. 2016;6:414.
3. Vikas S, Alok J, Vinay S, Amit G. A rara case of movement disorder in Intensive Care Unit. Indian J Critic Med. 2016; 20(10):605-7.