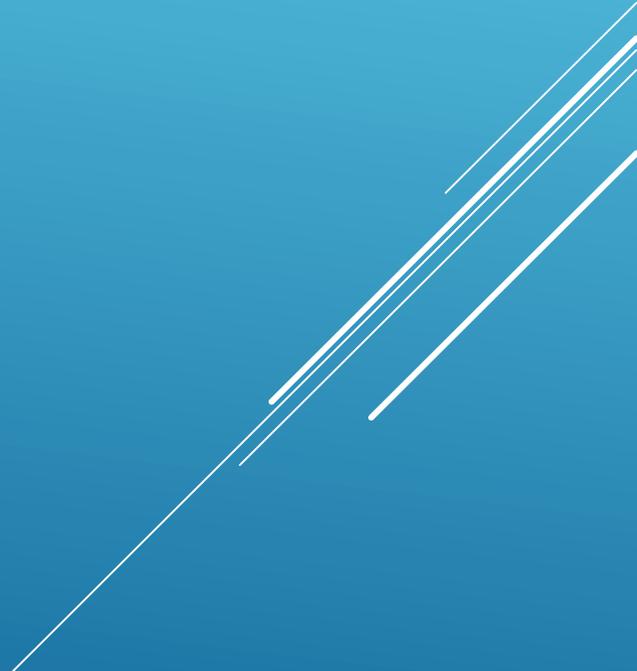


# TALLERES INTEGRADOS III

Diagnostico a primera vista; Neurología

Carlos de la Sen Maldonado Exp. 1636

# MOTIVO DE CONSULTA

- ▶ Paciente mujer de 84 años que es traída a urgencias por su hijo por presentar una desviación cefálica derecha, problemas del habla y debilidad en extremidades izquierdas de aparición aguda.
- 
- A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted upwards from left to right, located in the bottom right corner of the slide.

# ANAMNESIS

- ▶ Antecedentes personales: Paciente mujer de 84 años. No RAMc, no DM, no hábitos tóxicos conocidos. Padece HTA, DLP, Hipotiroidismo primario, y fibrilación auricular. Operada de colecistectomía, faquectomía bilateral y portadora de una prótesis de cadera bilateral. Presenta un Rankin basal de 2, con dependencia parcial para las actividades de la vida diaria y necesidad de un andador para caminar. Vive sola con visitas diarias de su hijo.
- ▶ Tratamiento habitual: Eutirox 100 mg/día; Emconcor 2,5 mg/día; Valsartan 160 mg/día; Xarelto 20 mg/día; Travatan 40 mg/ml 1 gota/día; Azopt 10 mg/ml 1 gota/12h.

# ANAMNESIS

- ▶ Paciente mujer de 84 años. Cuyo hijo refiere que al visitarla esta mañana a las 8:00 am presentaba una desviación cefálica derecha, problemas del habla y debilidad en extremidades izquierdas. No presentando ninguno de estos síntomas la última vez que la vio la noche anterior a las 23:00pm.
- ▶ A su llegada al hospital general universitario de Elche 9:20 am se activa el código ictus y se decide su traslado al Hospital general universitario de Alicante por sospecha de ictus isquémico de gran vaso con posibilidad de rescate endovascular.
- ▶ Llega al Hospital general universitario de Alicante a las 10:35, allí la paciente presenta un regular estado general, encontrándose una leve deshidratación en los MMII, estando la paciente Normocoloreada y eupneica respirando aire ambiente. A la auscultación cardíaca se oyen tonos apagados y arrítmicos. La auscultación pulmonar presenta un murmullo vesicular conservado. La paciente presenta una TA de 187/85 mmHg y una glucemia de 127 mg/dL.
- ▶ En NIHSS obtiene 13 puntos a expensas de presentar desviación cefálica derecha, Hemianopsia homónima izquierda, paresia facial central, disartria moderada y hemiparesia izquierda.

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

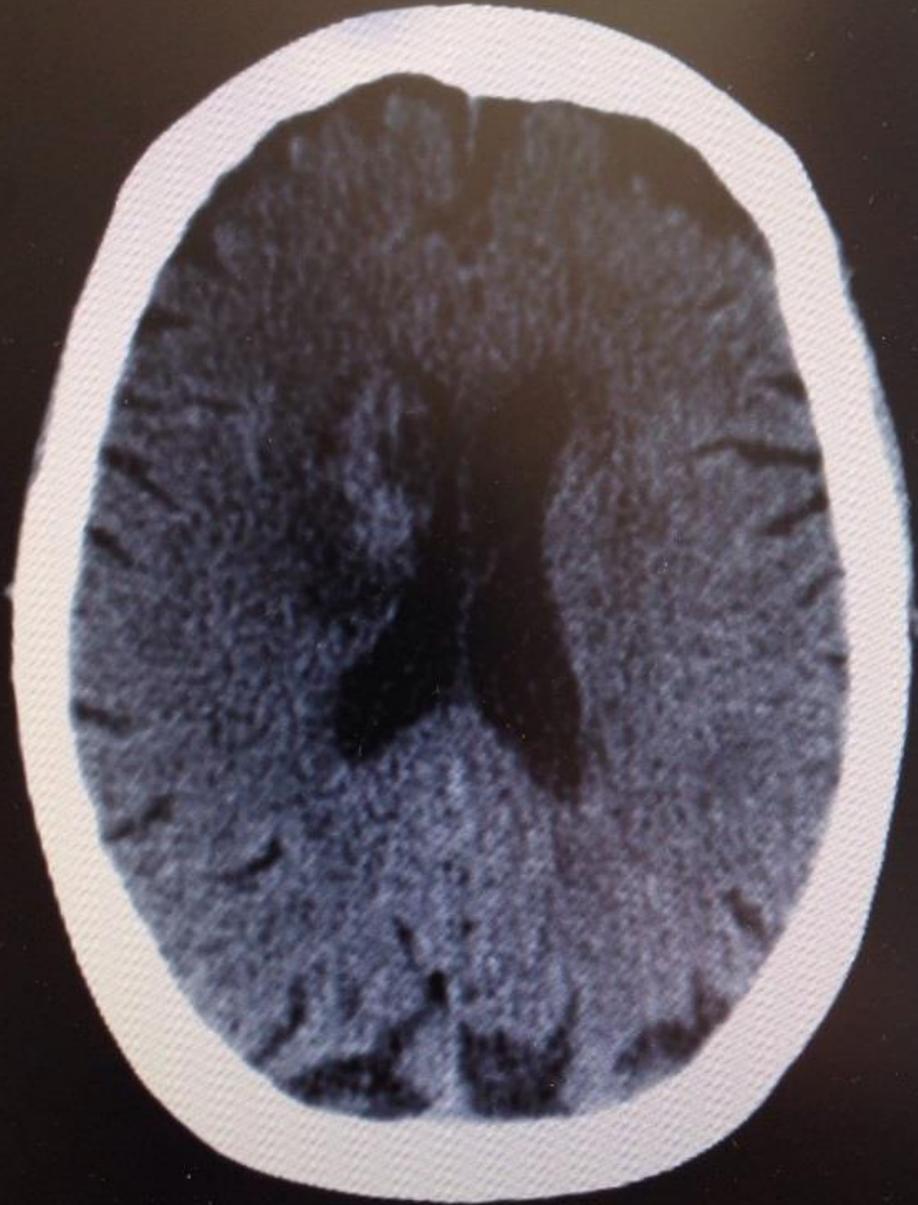
- ▶ Analítica sanguínea HGUA: Destacan Urea de 49 mg/dL creatinina de 1,25 mg/dL. Con resto normal.
- ▶ Analítica sanguínea HGUE: Destacan Urea 33 mg/dL, creatinina 0,90 mg/dL, CK: 608, Triglicéridos: 98 mg/dL, Colesterol total: 172 mg/dL, HDL 49 mg/dL, LDL 103 mg/dL, LDH: 734 U/mL, PCR: 48,7 mg/dL, Neutrófilos  $9,25 \times 10^3/uL$ , Glucosa 130 mg/dL, HbA1c: 6,3%. Fibrinógeno 876.
- ▶ Rx toráx: ICT < 0,5.
- ▶ ECG: FA permanente con RV a 74-100 lpm.
- ▶ Tac craneal en vacío: Presenta un borramiento de los núcleos lenticular y caudado derechos.
- ▶ Tac en perfusión: Se aprecia la existencia de cambios isquémicos agudos.
- ▶ Angio-Tac: Descarta la oclusión de gran vaso

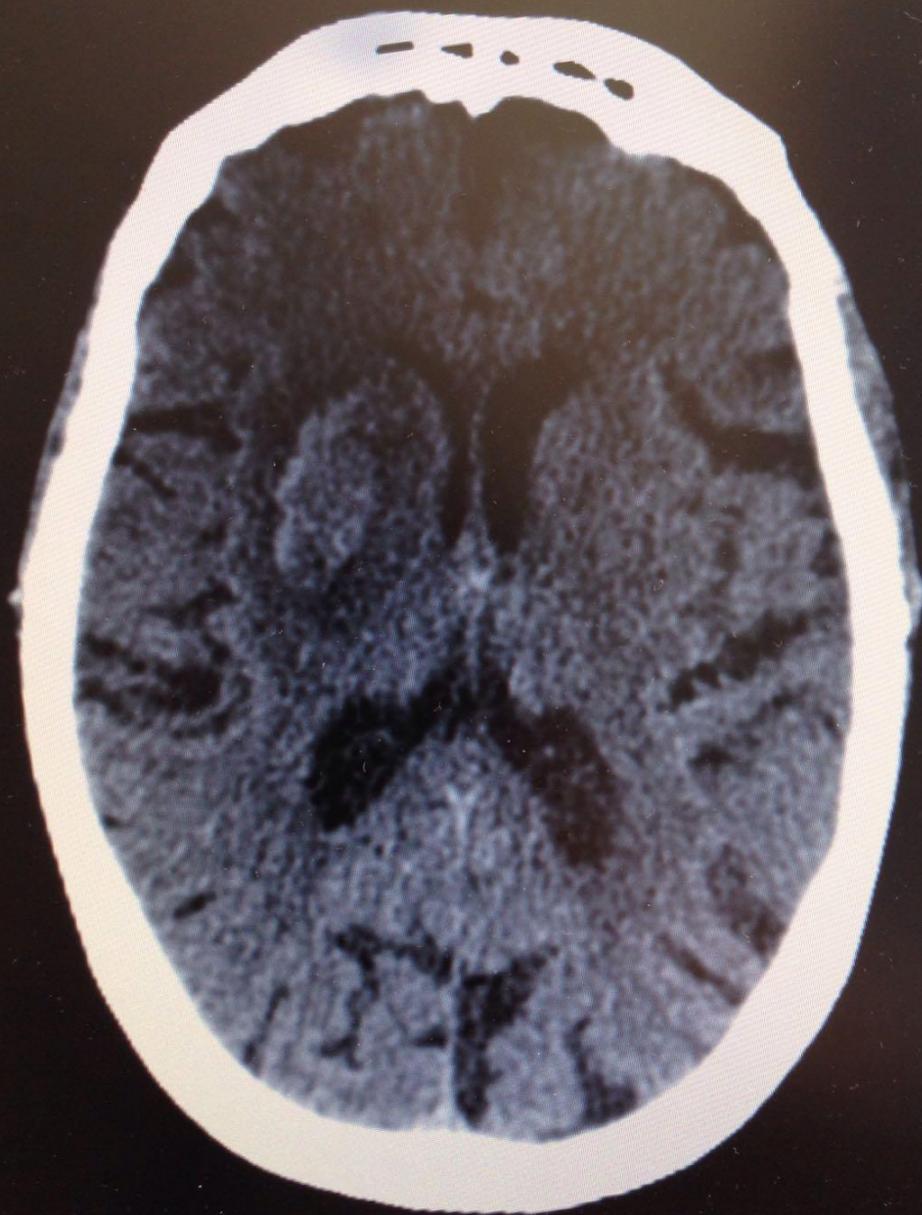
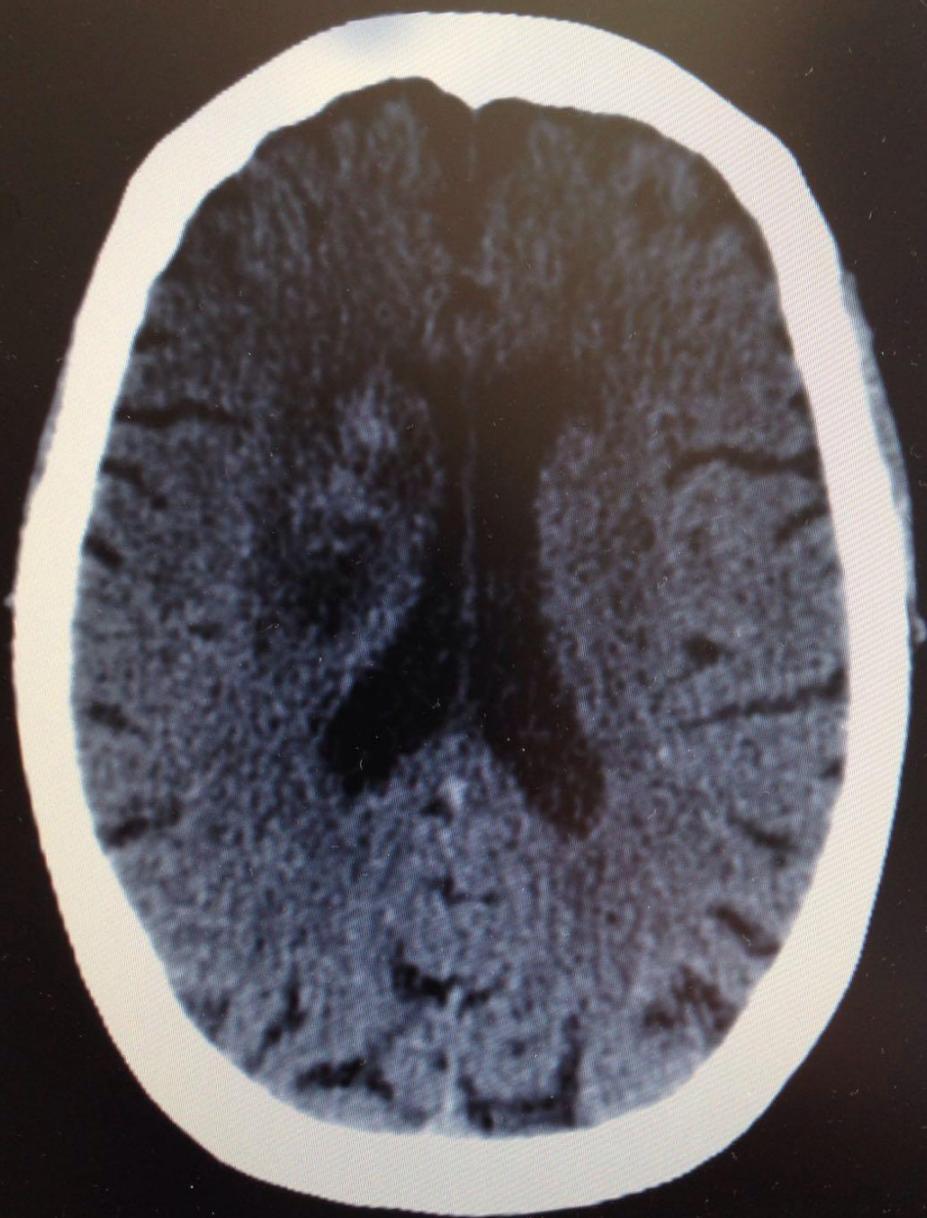
# TRATAMIENTO

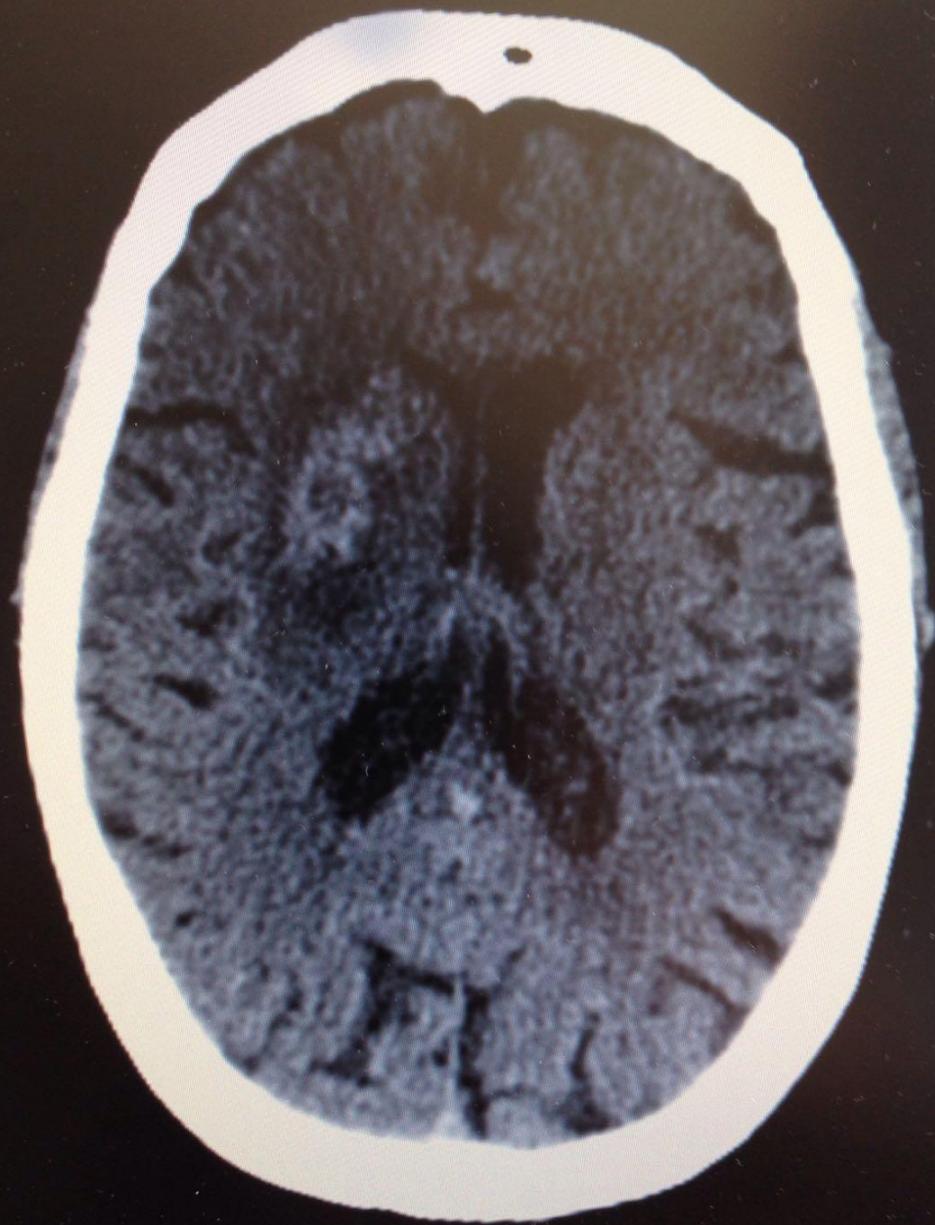
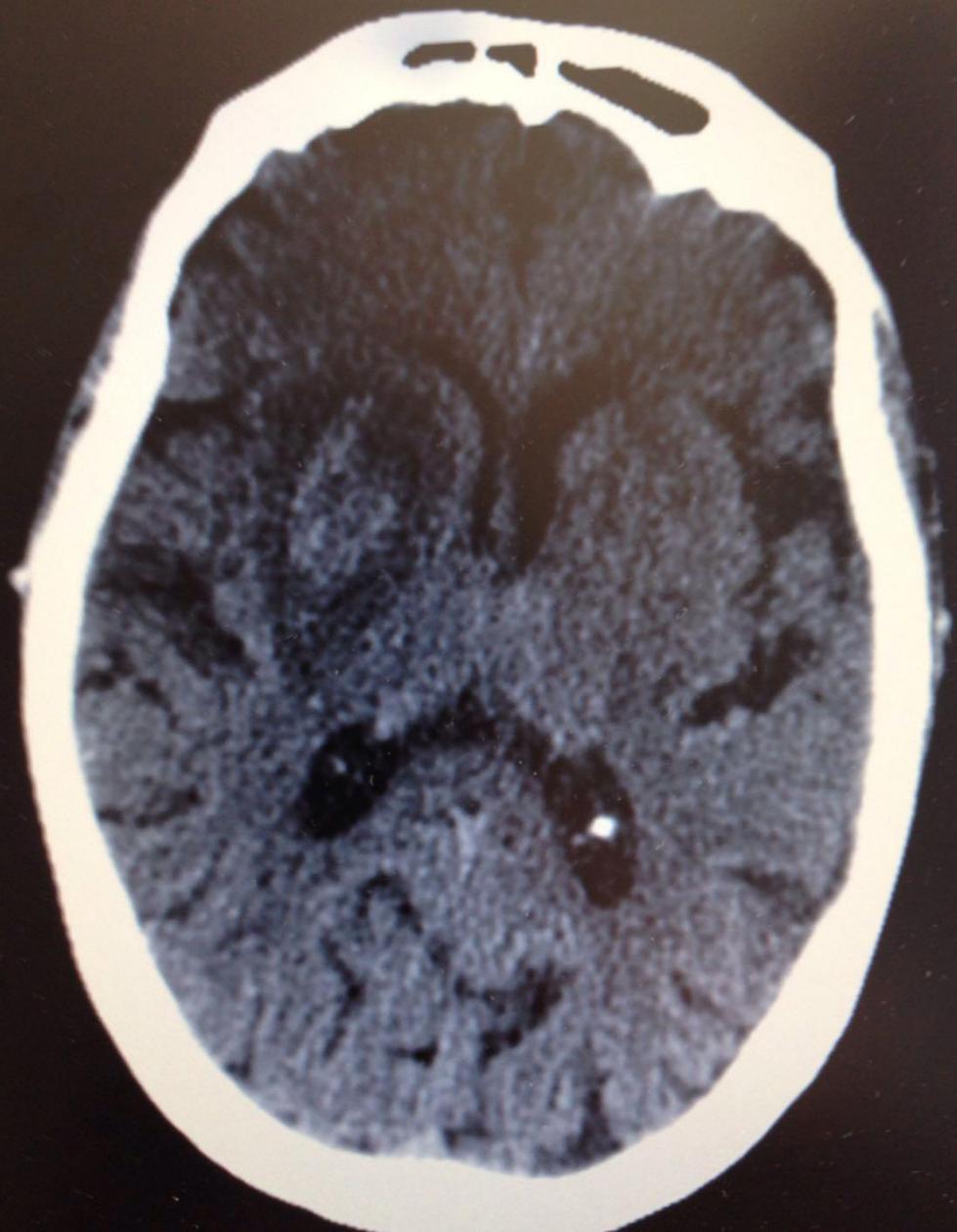
- ▶ SSF 1500 cc/24h + 10 mEq de CLK/ 500cc; Seguril 1 amp/24h; Eutirox 100 mg/día; Emconcor 2,5 mg/día; Xarelto 20 mg/día.

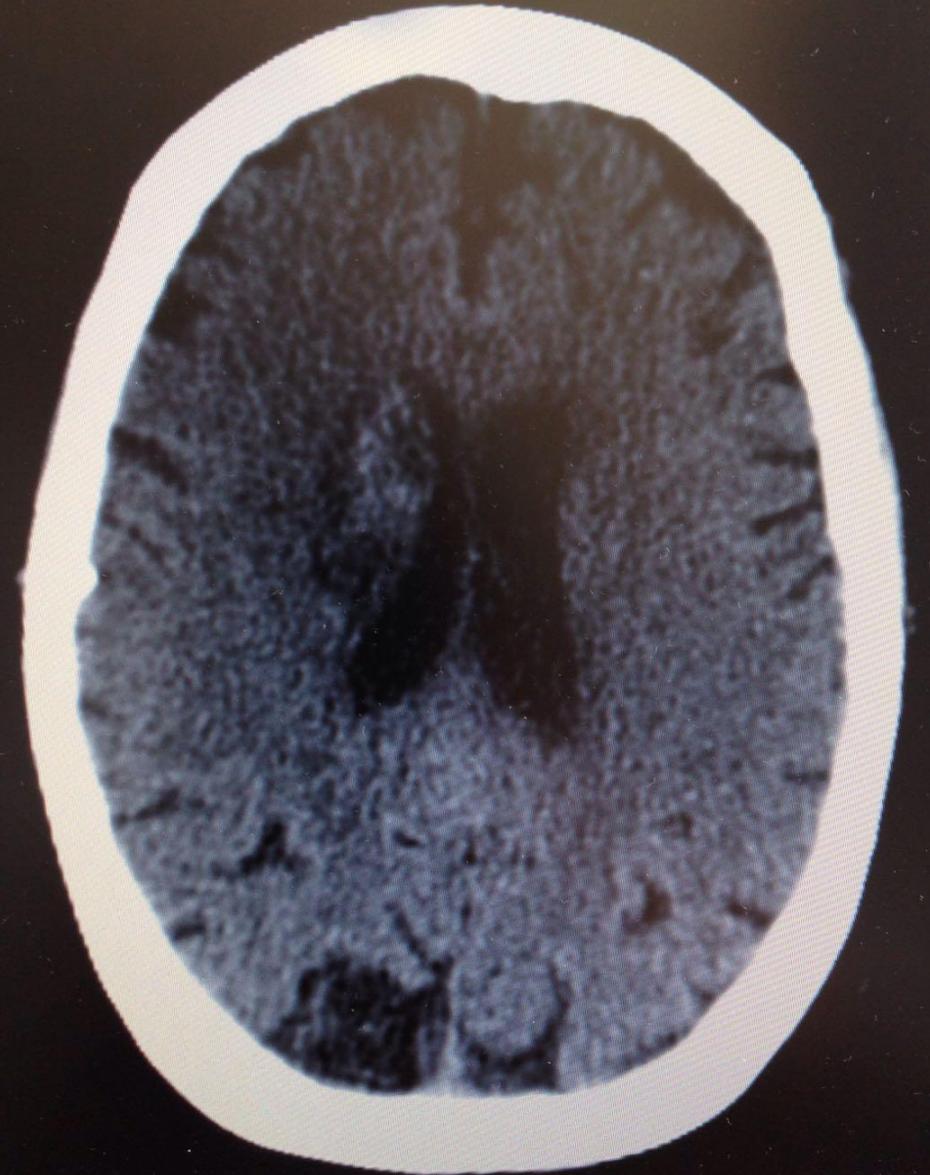
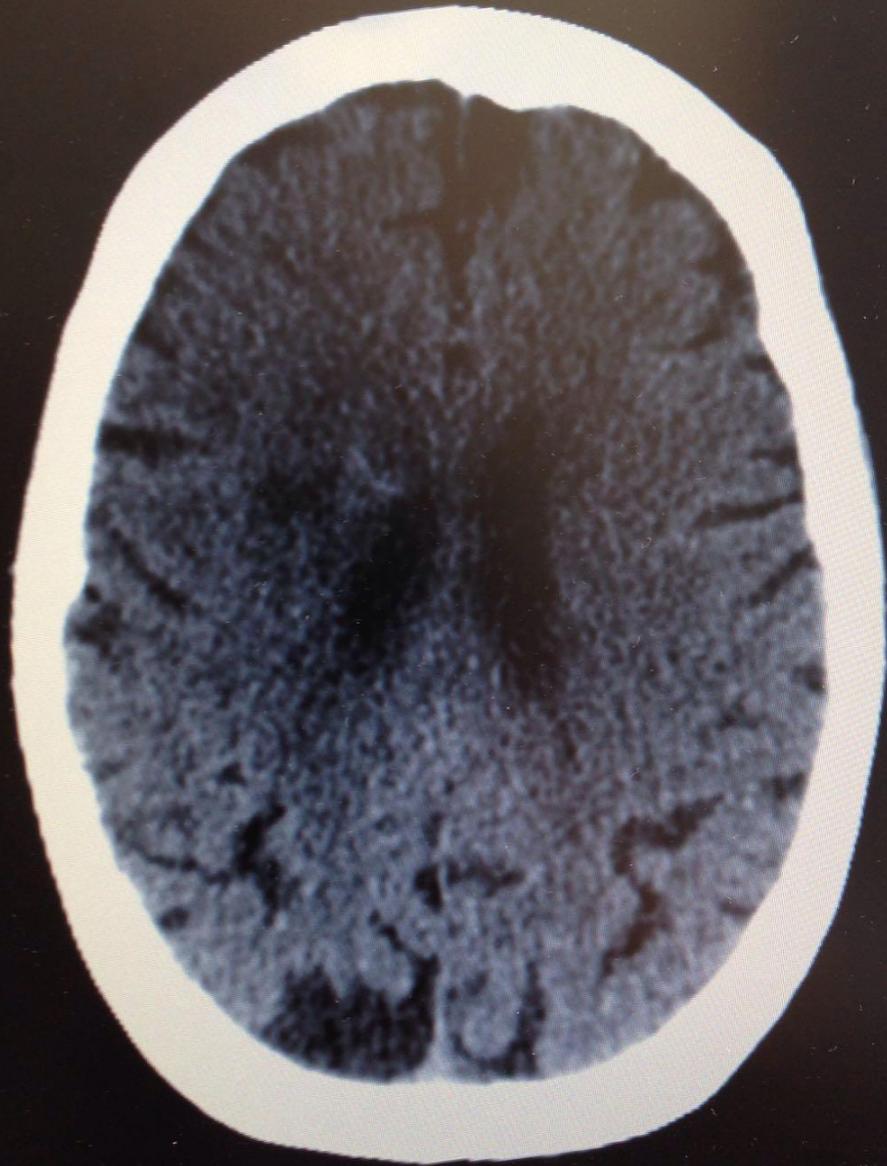
# EVOLUCIÓN

- ▶ La paciente presenta un deterioro neurocognitivo progresivo en el transcurso de las primeras 24 horas tras el debut clínico, presentando deterioro del nivel de conciencia con tendencia a la somnolencia, aunque reactividad a la orden verbal, apraxia palpebral y empeoramiento del déficit motor hemicorporal izquierdo. Nuevo NIHSS = 15.
- ▶ Ante este curso clínico se decide la realización de nuevo TAC craneal urgente.









# EVOLUCION

- ▶ En este nuevo Tac se objetiva transformación hemorrágica en GGBBs derechos así como compromiso del VL derecho sin desviación franca de la línea media. La extensión del ictus isquémico agudo es amplia afectando al territorio de la ACM derecha así como a los núcleos lenticular y caudados siendo de un APECTS actual de 5 puntos.
- ▶ Ante estos hallazgos se suspende la anti agregación y anticoagulación profiláctica. Ante el empeoramiento respiratorio y el edema secundario a la transformación hemorrágica se inicia tratamiento con Dexametasona.
- ▶ La evolución es favorable, mejorando a las 24 horas, nivel de conciencia, apertura ocular espontanea. MII en el mismo plano de la cama. NIHSS= 12.
- ▶ La paciente comienza con febrícula y aumento de las secreciones respiratorias, se inicia tratamiento ATB y de soporte. También se inicia tratamiento con Levetiracem porque la paciente presenta mordedura lingual y elevación de CK en la analítica, por lo que se sospecha una probable crisis en el debut en domicilio.

# TRATAMIENTO

- ▶ SSF 1500 cc/24h + 10 CIK por cada 500 cc; Augmentine 1g/8h; Flumil nebulizado/ 24h; Atrovent 2cc/8h; Levetiracem 500 mg/12h; Fortecortin 4g/8h; Paracetamol 1g/8h; Omeprazol 1 amp/24h; Medias de compresión; Constantes por turnos 4 dextros.