

CASO CLÍNICO

HOSPITAL DE ELCHE

CELINA ILIE

MOTIVO DE CONSULTA

Varón de 59 años que ingresa desde domicilio en código ictus.

ANTECEDENTES PERSONALES

- No RAMs
- HTA, DM2, no dislipemias, sobrepeso
- Desprendimiento de retina OI
- Aqx: faquectomia
- Tto: amlodipino y valsarán

ENFERMEDAD ACTUAL

- Hace 3 semanas el paciente presento una clinica compatible con amaurosis fugax en OD valorado por OFT
- Se descartó patologia ocular y se derivó a MAP
- 3 semanas después...

URGENCIAS

- Acude por pérdida transitoria de visión en OD de 15 minutos, alteración del habla, desviación de la comisura bucal, perdida de fuerza en hemicuerpo izq.
- Se le administra tto IV y endovascular presentando vómitos, agitación y requiere IOT bajo secuencia de sedo-relajación

Se:2
Im:13

R



L

Se:2
Im:14

R



L

Se:2
Im:15

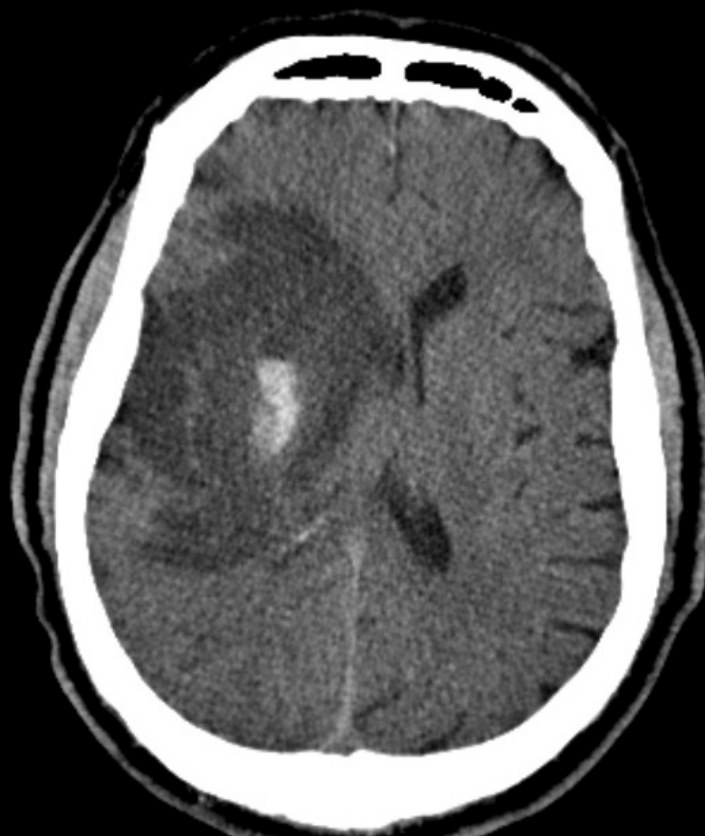
R



L

Se:2
Im:17

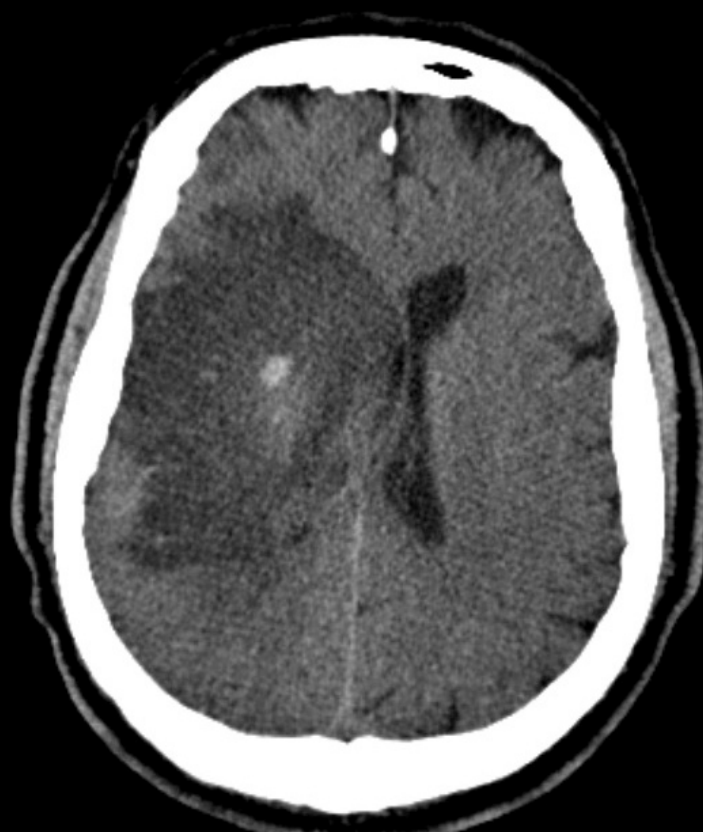
R



L

Se:2
Im:18

R



L



Se:2
Im:19

R



L

Se:2
Im:20

R



L

Se:2
Im:21

R



L

Se:2
Im:23

R



L

Se:2
Im:25

R



L



Se:2
Im:13

R



L

Se:2
Im:11

R

L



EXPLORACIÓN FÍSICA

- Glu 199
- TA 133/100
- AC rítmica, AP MVC
- ABD globuloso y depresible
- MII no edemas
- NIHSS15 desviacion de la mirada dcha,
hemiparesia izq, desviación comisura izq

EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA

- ASU 52/2
- Hemograma leucos 12,55 103
- TAC craneal y angio TAC: hipodensidad ACM dcha, oclusión en tandem ACI proximal MI dcha
- Angio TSA: oclusión ACI ACM con trombos en todo el eje. Se realiza trombectomía logrando TICI3 (reperfundido completo), protección con filtro, trombosis in situ en ACI. Al no permeabilizar se realiza stenting, una vez recanalizado se ocluye M1 que requiere trombectomía con TICI2a2b. Extravasación en GGBB
- TAC24h: hipodensidad cortico-subcortical con pérdida de sustancia gris y blanca del lóbulo temporal e insula. Cambios isquémicos en ACM dhca. Hiperdensidad, extravasación GGBB dcho, colapsa ventrículo lateral derecho y III ventrículo, línea media centrada y cisuras conservadas
- TAC Craneal y angio: oclusión completa de la carótida derecha, trombosis completa de la carótida común interna extiende hasta M3, infarto isq-hemorragico fronto parieto temporal. Hipodensidad central lenticular compatible con hemorragia. Oclusión de STENT

EVOLUCIÓN

- NHSS con vía central y sonda vesical
- Oclusión del STENT
- Transformación hemorrágica (se suspende antiagregación)
- Fiebre 38°C (retirar cateter y sonda, tratamiento con vancomicina y meropenem)

DIAGNOSTICOS

- Ictus isquémica ACM dcha por oclusión de la ACM y MI ateroesclerótica
- Transformación hemorrágica
- Trombosis STENT carotídeo
- Amaurosis fugax
- HTA, DM2, obesidad

PROCEDIMIENTOS

- Fibrinolisis
- Angioplastia
- Trombectomía cutánea

TRATAMIENTO

- Esomeprazol
- Atorvastatina
- Clexane
- Meropenem
- Vancomicina
- tobradex