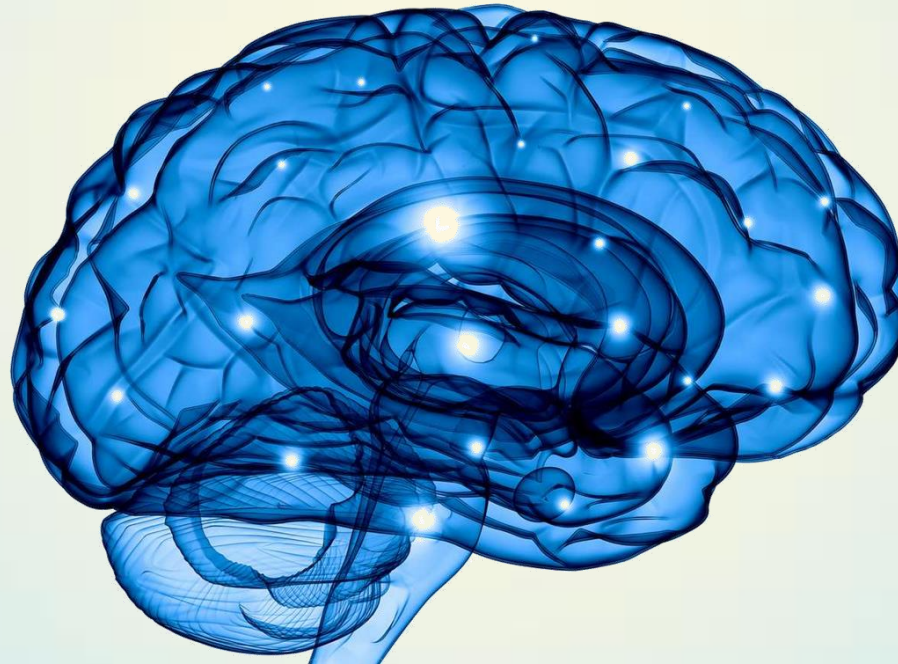


CASO CLÍNICO 3

TALLERES MEDICINA INTEGRADA III

Aprobado por el profesor: Dr. Miguel Ángel García Quesada
(Neurología HGUE).



❖ **MOTIVO DE CONSULTA:** Varón de 78 años que acude a Urgencias por clínica de **mareo** tipo inestabilidad y **disartria marcada**, de comienzo **brusco** y que se mantuvo durante de 10 horas, mejorando con posterioridad de forma progresiva. No otra sintomatología asociada.

❖ **ANAMNESIS:**

- Alergia a pirazolonas.
- No HTA ni DLP. **DM** tipo 2 no ID.
- **Ex tabaquismo** desde hace 10 años. Consumo acumulado de 40 a/p.
- No hábito enólico.
- EPOC en tratamiento con broncodilatadores.
- Independientes para ABVD.
- No antecedentes quirúrgicos.

❖ **EXPLORACIÓN FÍSICA:**

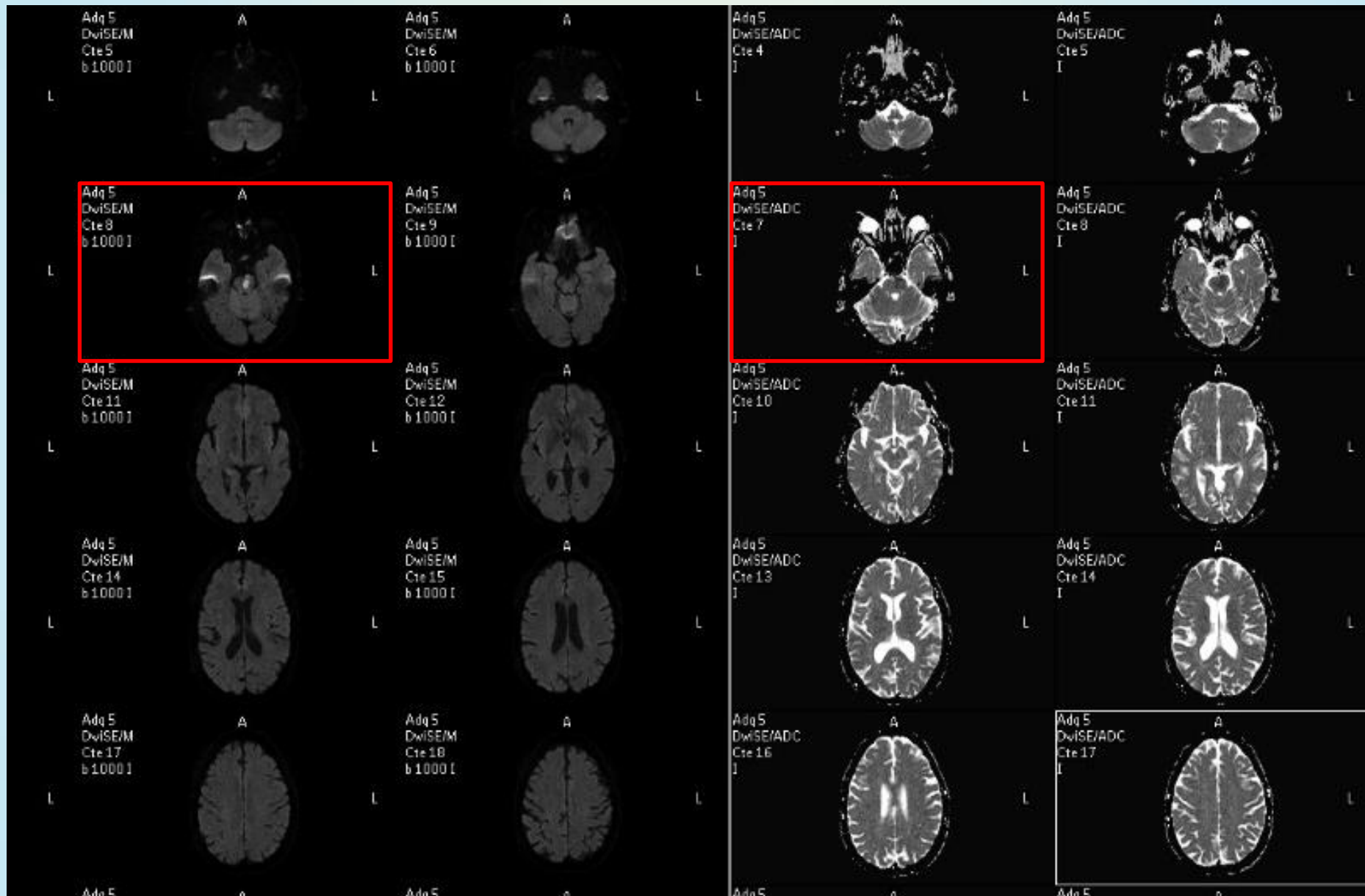
- Tª 36°C. TA 120/60 mmHg. FC 50 lpm. Buen estado general.
- AC: ruidos rítmicos sin soplos ni roces audibles.
- AP: MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos.
- Neurológica: pupilas isocóricas y normorreactivas, MOEs sin restricciones. **Disartria marcada**. Balance muscular 5/5 en todas las extremidades. Reflejos conservados y simétricos con RCP flexor bilateral. Sensibilidad táctil, algésica y vibratoria normal. **Marcha y bipedestación inestables**. No signos meníngeos ni mvts anormales.

Resto de la exploración física normal.

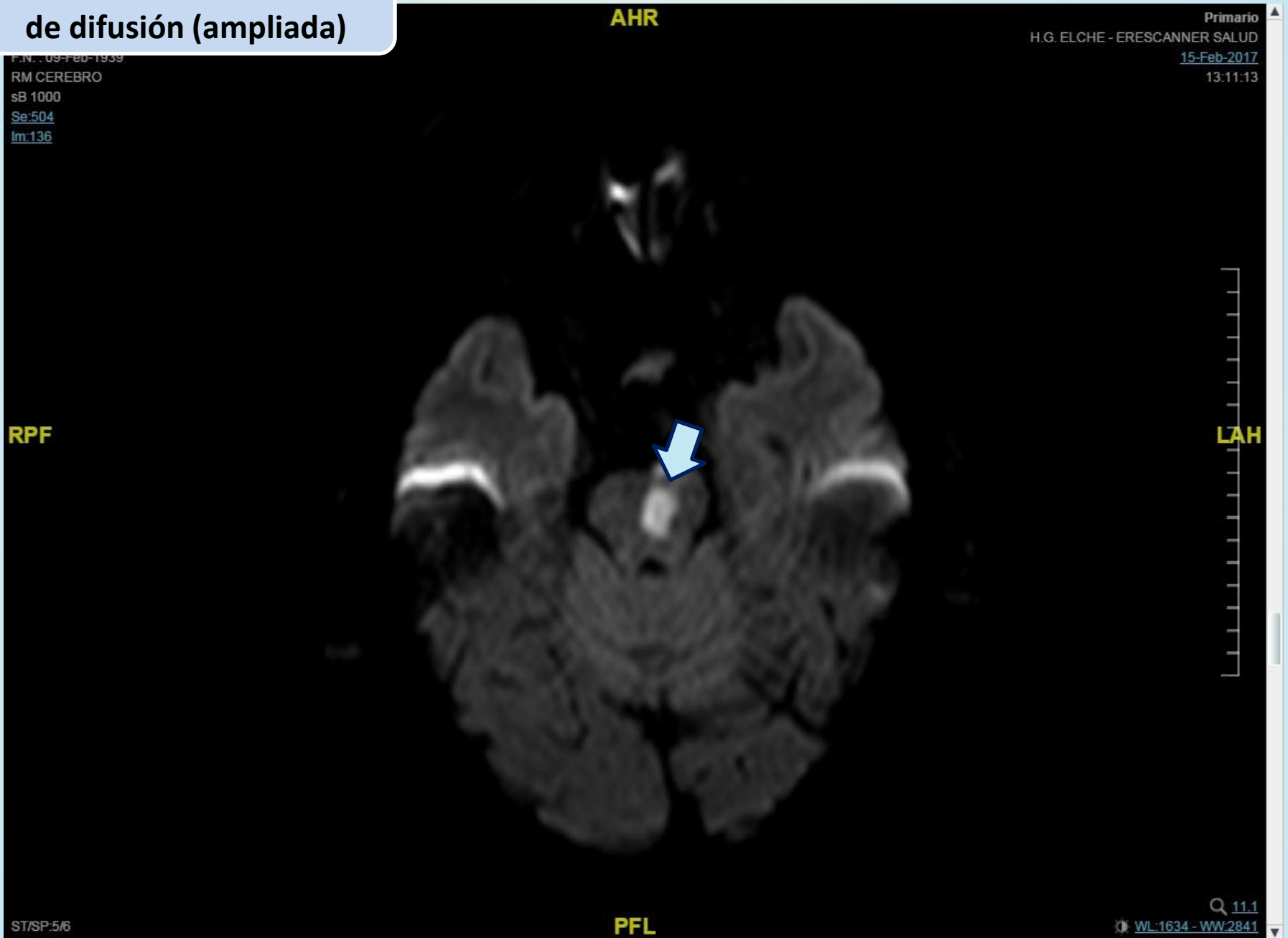
❖ PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- ✓ **Analítica sanguínea:** Hemograma normal. Bioquímica: glucosa 157 mg/dL. Coagulación normal.
 - ✓ **ECG:** RS a 50 lpm, no alteraciones en la repolarización.
 - ✓ **TAC craneal urgente (sin contraste):** no hallazgos patológicos.
 - ✓ **Rx de tórax:** ICT>0,5. Hilios congestivos.
-
- ✓ **Doppler de TSA/DTC:** Arteria carótida izquierda con **placa de ateroma** en su nivel proximal, que condiciona una velocidad máxima de 222 cm/segundos.
-
- ✓ **RM vascular de TSA/Willis:** A nivel de la **arteria basilar**, se observa una zona de **estrechamiento** <50% en la unión entre el tercio proximal y medio, con recuperación del calibre arterial. Foco de **estenosis** a 2 cm del origen de la ACP izquierda, con recuperación satisfactoria del calibre vascular en la región post-estenótica.
-
- ✓ **RM cerebral:** imágenes a continuación.
-
- ✓ **Telemetría:** extrasístole ventricular sin otras alteraciones.

RMN cerebral en secuencia de difusión y mapa ADC



RMN cerebral en secuencia de difusión (ampliada)



RMN cerebral en secuencia FLAIR

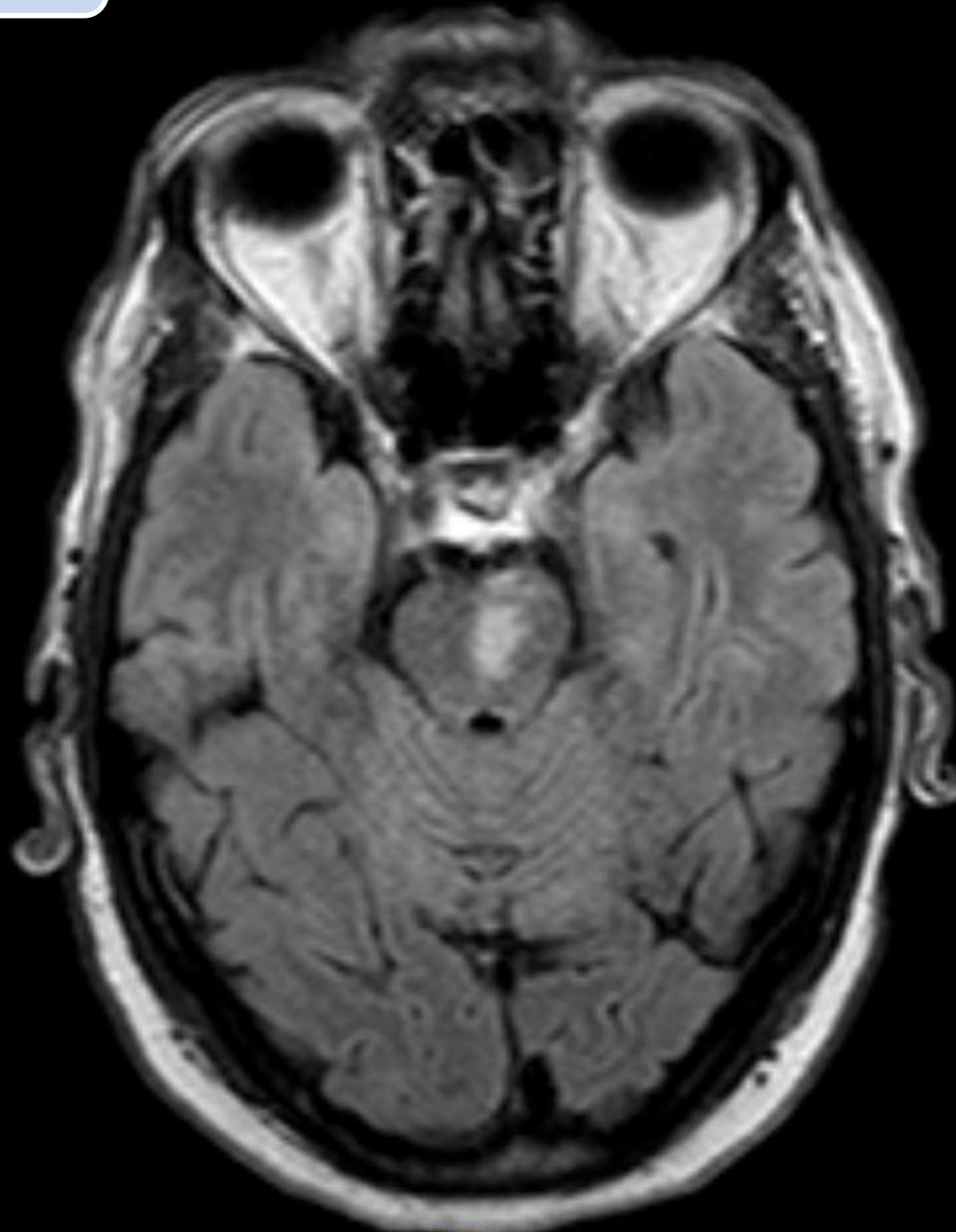
RM CEREBRO
FLAIR_longTR
Se:401
Im:25

AHR

Primario
H.G. ELCHE - ERESCANNER SALUD
15-Feb-2017
13:06:44

RPF

LAH



PFL

ST/SP:4/4

Q 11.1
WL:152 - WW:264

RMN cerebral en T1

AHR

Primario

H.G. ELCHE - ERESCANNER SALUD

15-Feb-2017

13:20:42

RM CEREBRO

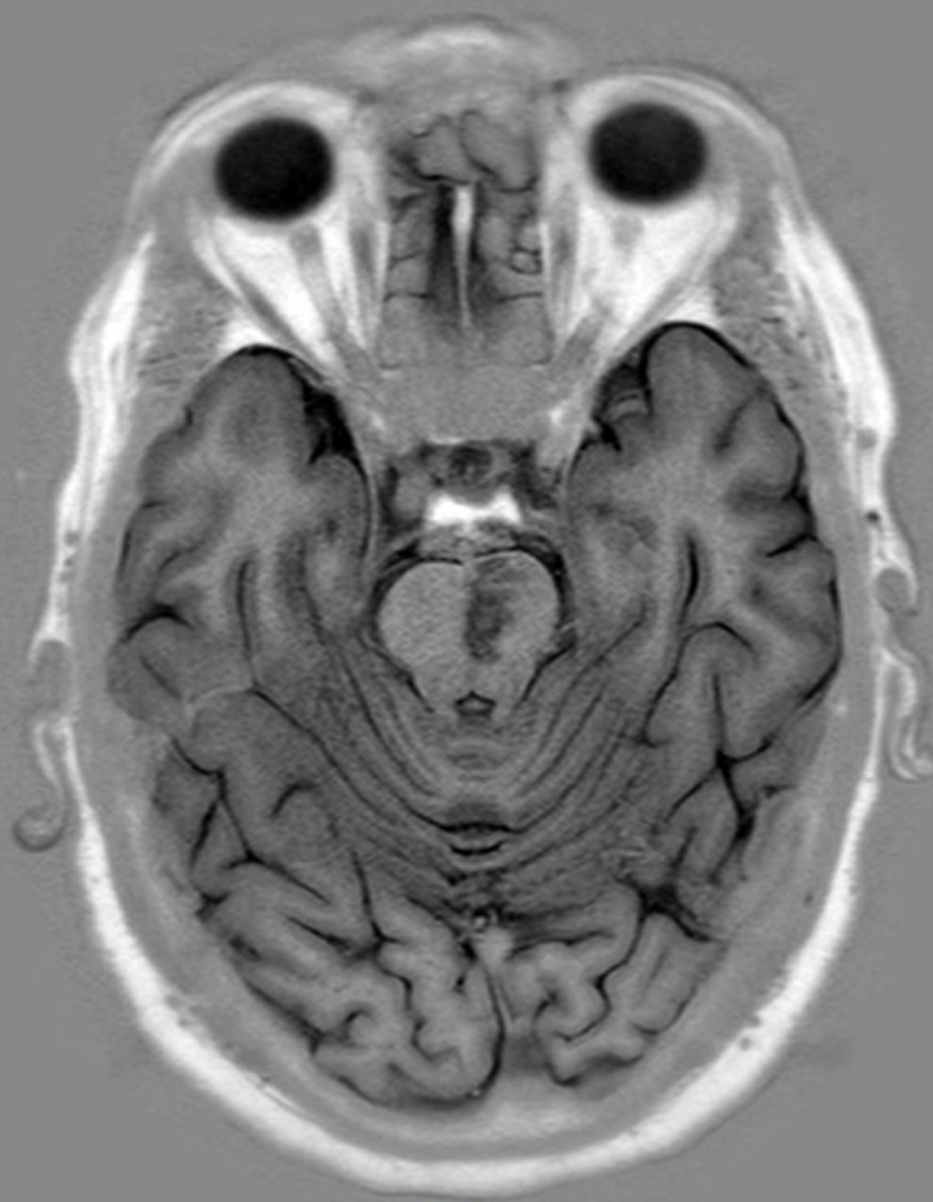
T1W_IR

Se:901

Im:25

RPF

LAH



PFL

ST/SP:4/4

Q 0.9

WL_2039 - WW:251

❖ PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- ✓ **RM cerebral:** Alteración de la señal **hemiprotuberencial izquierda hiperintensa** en FLAIR y en la secuencia de difusión e **hipointensa** en el mapa ADC, altamente sugestiva de **lesión isquémica reciente**. Resto sin hallazgos patológicos.

❖ DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO:

Ictus isquémico hemiprotuberencial izquierdo, en el territorio vertebro-basilar, de probable etiología aterotrombótica.

❖ TRATAMIENTO ADMINISTRADO:

AAS, omeprazol y control de los FRCV.