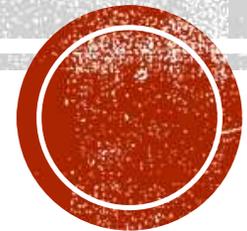


CASO NEUROLOGÍA



Hospital General Universitario de Elche
Servicio de Neurología
Pablo Arce Romero
Imagen cedida por Dr. Miguel A. García Quesada
Talleres Integrados III - Grupos 3-4

Motivo de consulta: Marcha inestable y parálisis facial.

Antecedentes personales: No RAM HTA DM2 DLP. No más hábitos tóxicos

Antecedentes personales:

-Paresia del VI par derecho en año 2007 y 2012

-Cólicos nefríticos recurrentes

-Hiperplasia prostática benigna

IQ_x: Cataratas, hernia epigástrica y úlceras MMII

Tratamiento habitual:

Cardyl (Atorvastatina) 20 mg c/24 h.

Dafiro (Amlodipino, Valsartán) 5/160 mg c/24 h.

Carduran Neo (Doxazosina) 4 mg c/24 h.

Omnice Ocas (tamsulosina) 0.4 mg

Eucreas (Vildagliptina, Metformina) 50/1000 mg c/12h.

Forxiga (Dapaglifozina) 10mg 1 comp/día.

AAS 100mg 1 comp/día.

Omeprazol 1 cáps 20mg/día.

Paracetamol 1gr/ día, Enantyum 25 mg c/ 8 h, Nolotil 1 cáps c/ 8 h



Enfermedad actual:

Varón de 70 años de edad que acude a urgencias el 26/04, refiere inestabilidad, “mareo” sin giro de objetos, con parálisis facial y paresia del VI par, marcha inestable con aumento de la base de sustentación.

El 18/04 acude a urgencias por dolor en fosa renal derecha y se diagnostica de cólico nefrítico.



Exploración física:

T^a: 36,5° TA (3 muestras): 196/92 (8:10)- 176/95 (13:41)- 160/70 (15:25)

FC: 78 lpm

BEG NC/NH/NP Pulsos radial y pedio palpables y simétricos

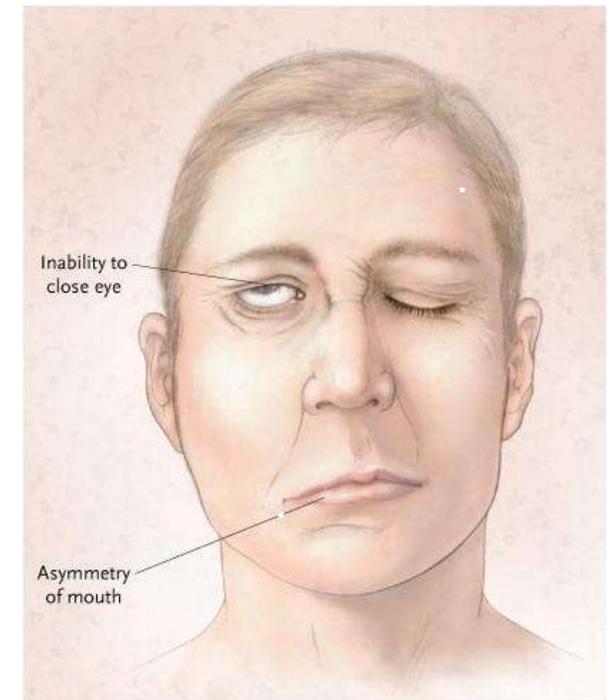
ACR: sin hallazgos de interés

Abdomen: RHA presentes, globuloso y no doloroso. PPR +

E. Neurológico: No alteraciones de funciones superiores. Pupilas isocóricas y normoreactivas. Campimetría por confrontación sin alteraciones. No disartria.

MOEs: Alteración en la abducción del OI sin nistagmus. No diplopia. Resto normal.

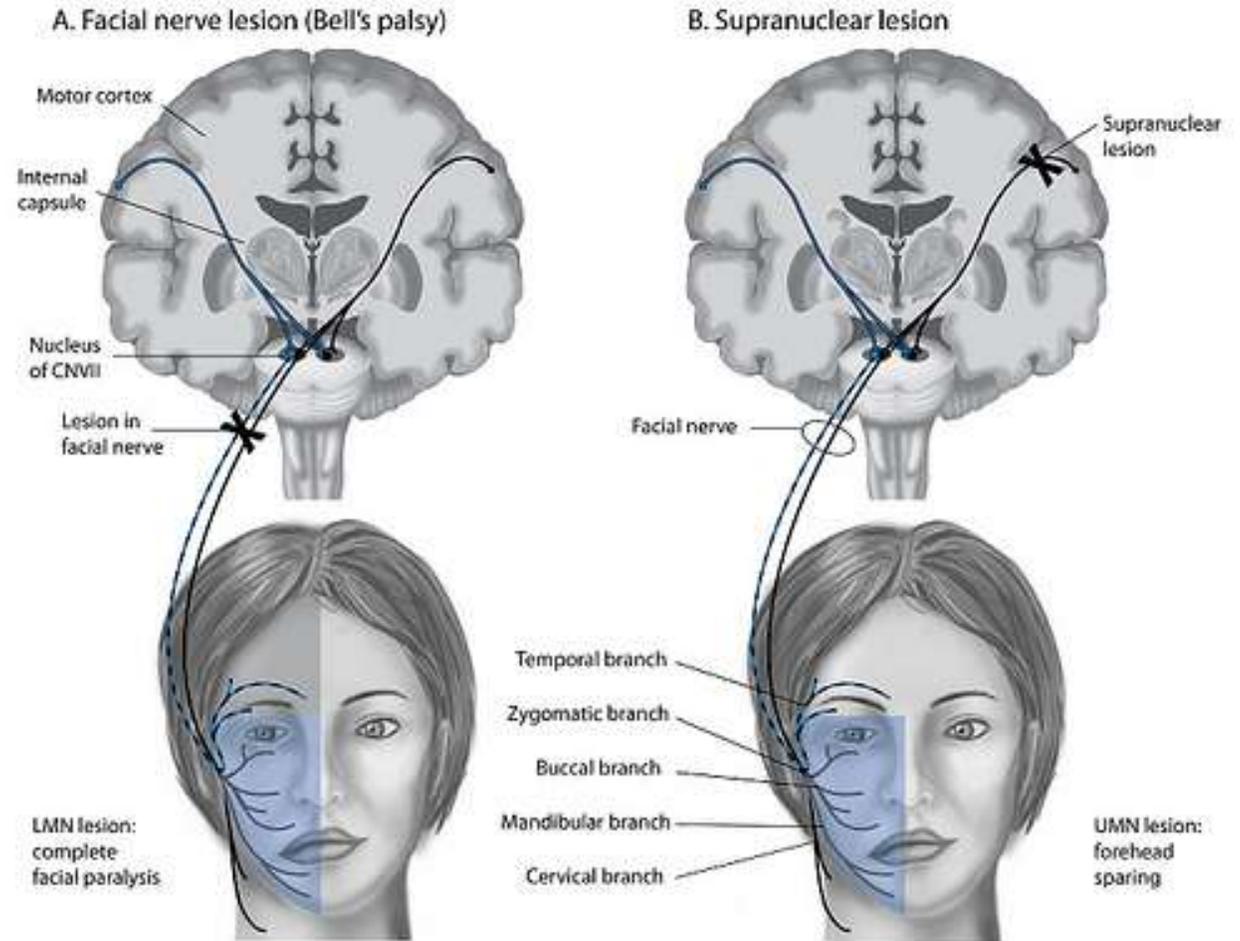
Marcha inestable lateralizada hacia la izquierda. Dismetría ligero-moderada en maniobra T-R con MII. Sensibilidad tactoalgésica inalterada.



E. Neurológica:

Paresia facial de patrón periférico izquierdo. Fenómeno de Bell +. No hipoestesia facial ni afectación de PC bajos.

Otoscopia normal.



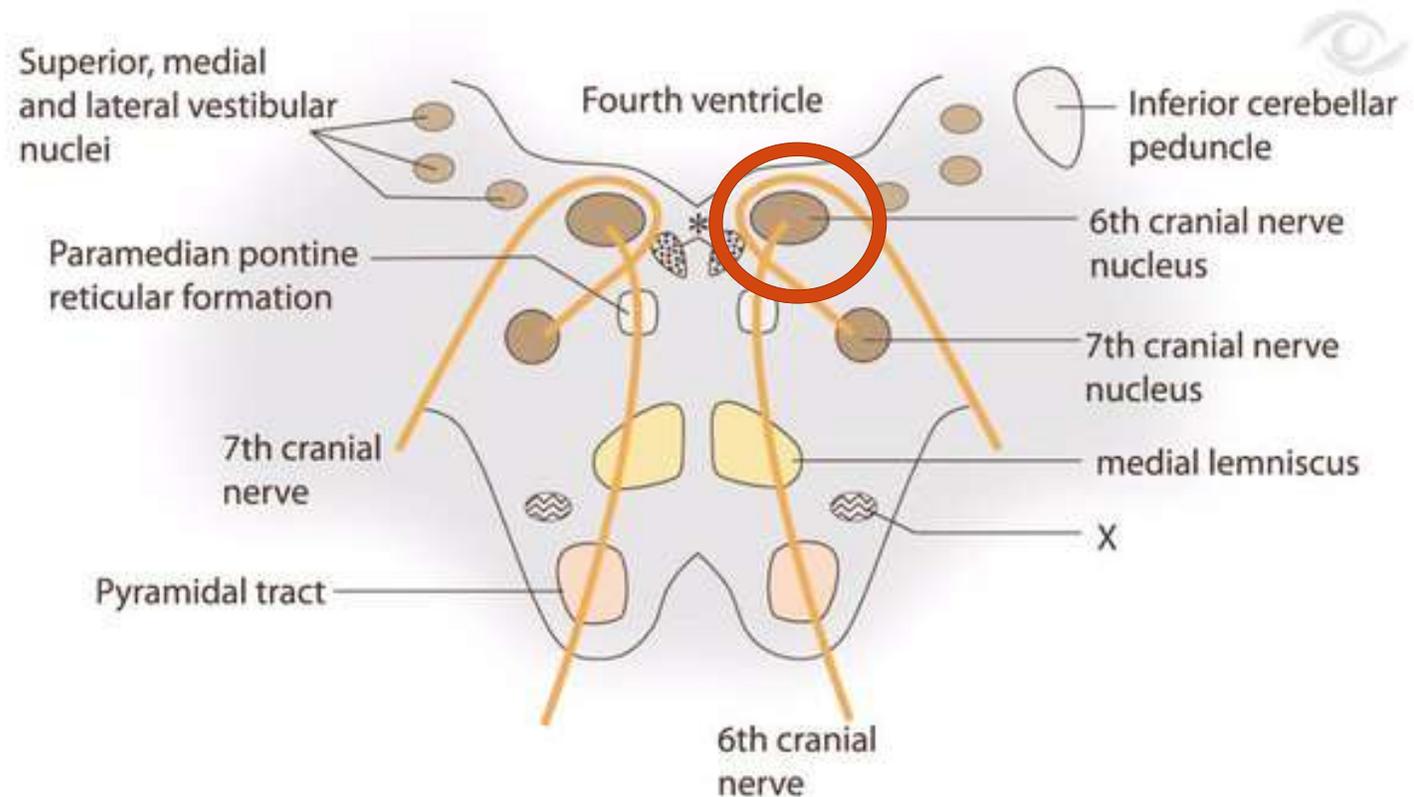
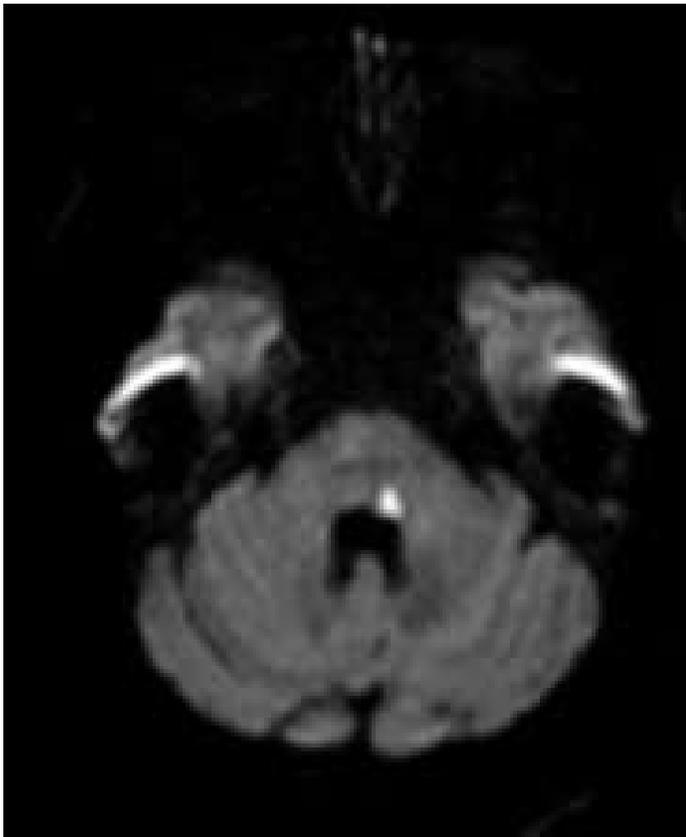
Neurology: UMN vs. LMN Facial Nerve Palsy
Toronto Notes 2010 N19
Photoshop CS4

SOPECHA DE ICTUS AGUDO DE TERRITORIO POSTERIOR



TC: No se aprecian colecciones hemáticas.

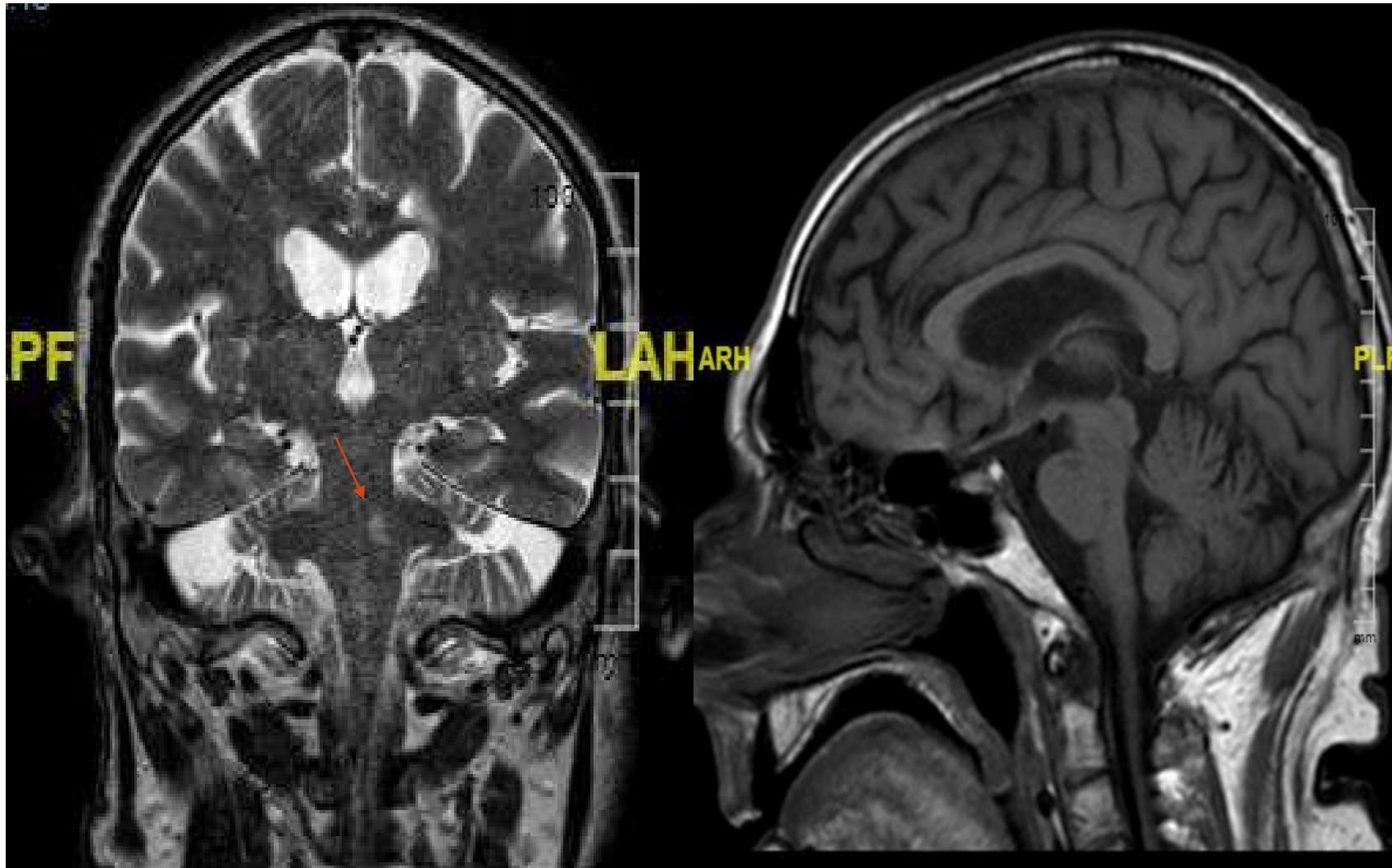
RM:



Source: Schiefer, Wilhelm, Hart (Eds.). Clinical Neuro-Ophthalmology - A Practical Guide. Springer, Berlin/Heidelberg/New York, 2007.



RM: T2 se aprecia la lesión, en el corte sagital en T1 no se aprecia nada.



DIAGNÓSTICO:

**ICTUS ISQUÉMICO AGUDO DE TERRITORIO
POSTERIOR**

