



**Carrera: Medicina**

**Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación**

**Área: Clínica Médica Unidad 4to año**

**UNIDAD TEMÁTICA 13: EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON FOCO NEUROLÓGICO. HTA SEVERA (EMERGENCIAS Y URGENCIAS HIPERTENSIVAS)**

**Autores:** María Eugenia Ferri (Neurología-UDA Centenario) - Lorena Jure (Neurología-UDA Centenario)

**OBJETIVOS:**

- Identificar la presencia de un síntoma focal a nivel del sistema nervioso (desde el interrogatorio al examen físico)
- Realizar un topografía diagnóstica a partir de la instalación de dicho síntoma.
- Plantear los diagnósticos diferenciales de un foco neurológico.
- Comprender la utilidad y el rédito de los métodos complementarios disponibles para estudiar un síndrome focal.
- Identificar los casos en los cuales existe una emergencia médica ligada a la instalación de un déficit focal neurológico.
- Conocer las opciones terapéuticas disponibles, en relación a la patología vascular cerebral.
- Funcionamiento de "Unidad de Stroke".
- Indicaciones al alta (cuidados de transición).
- HTA severa, urgencias y emergencias hipertensivas. Clasificación, evaluación y tratamiento.

**CASO CLÍNICO:** Mario de 65 años de edad, consulta a la guardia, por un cuadro de una hora de evolución, caracterizado por debilidad súbita del hemicuerpo derecho, lo cual le genera caída de su propia altura, sin pérdida de conocimiento. Del mismo tiempo de evolución, su esposa Susana, refiere evidenciar un trastorno del lenguaje, ya que el paciente, aunque se encontraba vigil, no respondía a sus preguntas y no se expresaba verbalmente. Ante el cuadro descrito, se activa al sistema de emergencias domiciliaria, que lo ingresa por Guardia de Emergencias a un hospital de tercer nivel de complejidad.

**Antecedentes personales:** HTA diagnosticada hace 10 años. Dislipemias y síndrome metabólico diagnosticada hace 10 años, con indicación de estatinas, pero que el paciente al poco tiempo de iniciada su administración, abandona por mialgias generalizadas. Internación hace 2 años, según

epicrisis por exacerbación de EPOC e insuficiencia cardíaca, medicación crónica indicada por su médica de cabecera en centro de salud: aerosol de salbutamol de rescate en caso de broncoespasmos, furosemida 40 mg VO por día, valsartan 80 mg VO cada 24 hs, carvedilol 3,125 mg VO cada 12 hs y espironolactona 25 mg VO cada 24 hs. Refiere cumplimiento irregular de la medicación, por olvidos, falta de disponibilidad y accesibilidad para mantenerlo en forma permanente.

**Hábitos:** tabaquista 20 cigarrillos por día, desde los 15 años de edad. Niega consumo de alcohol. Sedentario.

**Examen físico:** Signos vitales: PA 230/120 mmHg / FC 106 lpm / FR 14 cpm / T 36,9°C /Sat O<sub>2</sub> 97%

Vigil. Cuello: ingurgitación yugular 3/6 con colapso inspiratorio parcial. CV: ruidos hipofonéticos, latido apexiano desplazado a la izquierda, sin R3, ritmo regular. Respiratorio: murmullo vesicular disminuido en forma difusa bilateral, aislados roncus y sibilancias, espiración prolongada, mínimos rales crepitantes bibasales. Abdomen: indoloro, ruidos hidroaéreos conservados, blando, depresible, se palpa borde inferior de hígado a 3 cm por debajo del reborde costal. Edemas periféricos bimaolares, simétricos, fríos, Godet ++.

Examen neurológico: No puede evaluarse orientación témporo-espacial. Pupilas isocóricas y reactivas. Los movimientos oculares extrínsecos impresionan conservados por la observación, pero no pueden evaluarse por falta de colaboración del paciente. Los campos visuales, evaluados por acecho impresionan la presencia de una hemianopsia homónima derecha. Lenguaje: comprende un comando simple. No repite, no nomina, lenguaje no fluente. Pares craneales: Paresia facial central derecha. Evaluación de la fuerza: paresia braquial derecha 2/5 crural derecha 1/5. Conservada en hemicuerpo izquierdo. Sensibilidad: solo pudo evaluarse la modalidad algésica e impresiona disminuida en hemicuerpo derecho. Coordinación: conservada del hemicuerpo izquierdo, no evaluable del hemicuerpo derecho. Reflejos osteotendinosos: ++ del hemicuerpo izquierdo, +++ del hemicuerpo derecho. Signo de Babinski derecho.

**Escala NIHSS: 16 puntos**

**Laboratorio:**

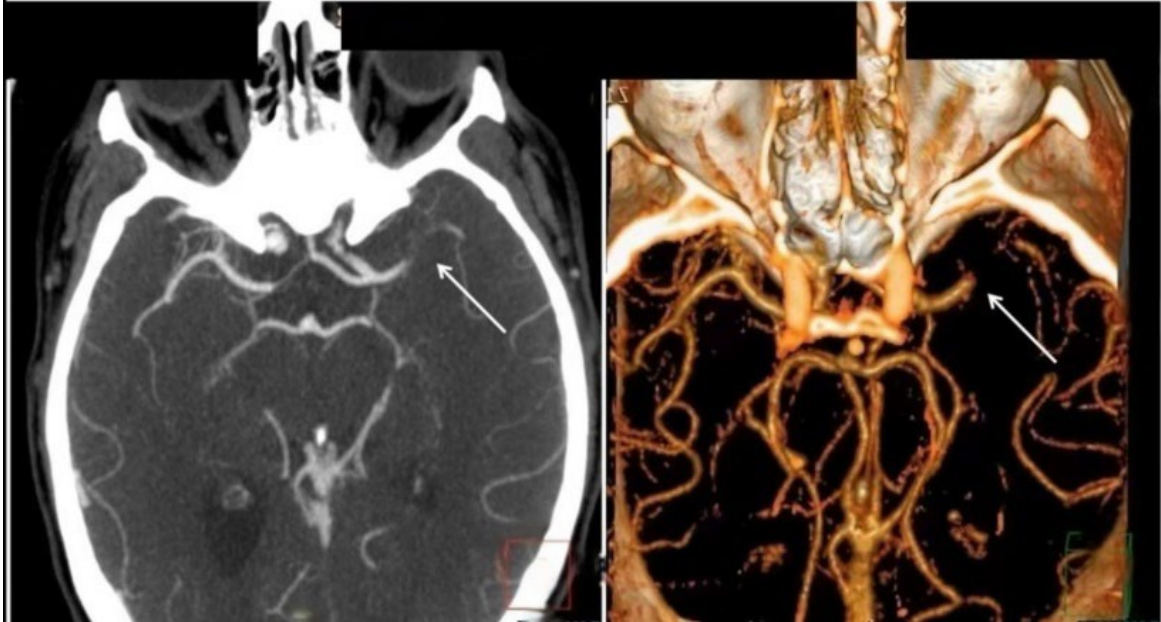
Hemoglobina: 12.6 g/dl	Hamatocrito: 38 %	Leucitos: 10220 /mm <sup>3</sup>	Plaquetas: 144000 /mm <sup>3</sup>	Glicemia: 138 mg/dl
Uremia: 42 mg/dl	Creatinina: 0.97mg/dl	Na: 141 meq/l	K: 4.51meq/l	Cl: 104 meq/l
Calcemia: 9.1 mg/dl	Fósforo: 2.4 mg/dl	Magnesio: 2 mg/dl	VES: 2 /mm 1h	PCR: 1 mg/l
TP (tiempo protrombina): 11.6 segundos	KPTT (tiempo parcial de tromboplastina activada): 22 segundos	RIN (rango internacional normalizado): 1.17		

**Tac de cráneo (al ingreso):** no evidencia alteraciones densitométricas a nivel del parénquima cerebral. Hay buena diferenciación sustancia gris-sustancia blanca. Sistema ventrículo cisternal sin alteraciones. Línea media centrada.

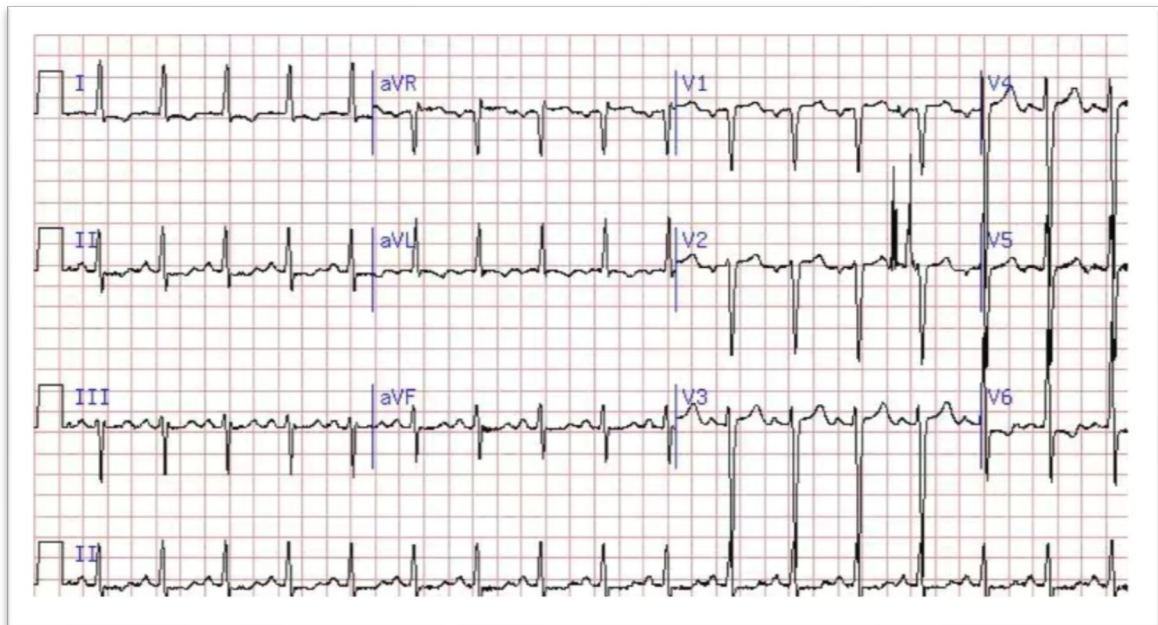


**Escala de Aspect: 10 puntos**

**Angio Tac de cráneo (3 día de ingreso):** Se visualiza stop a nivel del segmento M2 de la arteria cerebral media izquierda.



**Electrocardiograma:** Ritmo sinusal, FC 118 lpm, PR 0.16", AQRS - 15°, QTc 0.41" - Ondas R altas en V5-V6 y ondas S profundas en V1 y V2. Alteraciones inespecíficas del ST en cara lateral. Alteraciones en la repolarización ventricular (ondas T negativas en las derivaciones laterales).



**Ecodoppler de vasos de cuello:** aumento de espesor miointimal de ambas carótidas, placas fibrolipídicas en bifurcación carótida derecha que ocupa el 30% de la luz, placas fibrocálcicas en bifurcación carótida izquierda menor del 50%, placa fibrolipídica leve menos del 10% en carótida común izquierda, flujos conservados.

### **PREGUNTAS GUIA**

- ¿Cómo definiríamos semiológicamente a cada uno de los síntomas y signos que presentó Mario?
  - ¿Estos signos y síntomas pueden interpretarse como signos focales? ¿Por qué? ¿Cuáles son las enfermedades que pueden presentarse con foco neurológico?
  - ¿Si la caída de Mario de propia altura hubiese sido una pérdida de conocimiento: ¿Cómo podría interpretarse el episodio?
  - ¿Con la información recabada, que planteos diagnósticos se pueden realizar?
  - ¿Podría una alteración circulatoria ser responsable de estos síntomas y signos? ¿Al déficit circulatorio de qué arteria podríamos atribuirlo?
  - ¿Los antecedentes personales y hábitos de Mario podrían orientarnos en los planteos diagnósticos?
  - Si Mario tuviere 30 años en vez de 53 años y no presentase antecedentes, ¿cambiarían los planteos diagnósticos? ¿Por qué? ¿En qué otras etiologías pensarían?
  - ¿Es importante el tiempo de evolución con el cual el paciente consulta? ¿Por qué?
  - ¿Cómo considera que se encontraba el valor de presión arterial de Mario en el momento de la evaluación? ¿Cómo explicaría dicho hallazgo? ¿Considera importante actuar rápidamente sobre ese valor de presión arterial?
  - ¿Cómo clasifica la HTA severa en el contexto de un foco neurológico? ¿Qué pautas de manejo de la PA indicaría? ¿Qué fármacos antihipertensivos podría utilizar en esta circunstancia?
  - ¿Cuál es la utilidad de la escala NIHSS en la evaluación al ingreso de un paciente con foco neurológico con sospecha de un accidente cerebrovascular? ¿Qué valora? ¿Qué implicancias terapéuticas y pronósticas puede tener?
  - Al ingreso a guardia se realizó un laboratorio. ¿Contiene dicho pedido todas las determinaciones que necesitamos en la urgencia? ¿Agregaría algún pedido más?
  - Pensando en los planteos diagnósticos que realizamos: ¿considera que la tomografía de cráneo con angiogramía es el método de elección en la urgencia? ¿Cuál es su mayor utilidad en ese momento crítico?
- ¿Qué evalúa la escala de ASPECT? ¿Tiene la misma utilidad para todos los territorios vasculares cerebrales estudiados?
- ¿Utilizaría una angiografía de cerebro? ¿En qué casos? ¿Algún otro método complementario sería de utilidad?
  - ¿Que tratamientos se encuentran disponibles para ofrecer a los pacientes que sospechamos están cursando un accidente cerebrovascular isquémico? ¿Por cuanto tiempo es seguro realizarlos? ¿Por qué?
  - ¿Que otros estudios indicaría pasada la etapa aguda de un accidente cerebrovascular?
  - ¿Que otras medidas terapéuticas es importante tomar ya ocurrido el evento vascular cerebral, al externarse el paciente y continuar con los controles ambulatorios?

- Si el electrocardiograma en lugar de ritmo sinusal, hubiese mostrado un ritmo irregular, con tremulación de línea de base, sin onda P, y complejos QRS angostos, con FC 120x', ¿Cuál sería su conducta?
- ¿Le parece apropiado realizar un ecodoppler de vasos de cuello? ¿Qué información del estudio estima significativa? ¿De haberse encontrado una obstrucción completa o crítica de la arteria, qué conducta podría plantearse?