



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina Humana

SEMESTRE:

3° A

MATERIA:

FISIOPATOLOGÍA

TRABAJO:

CASO CLINICO (DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES)

DOCENTE:

DR. MARCO POLO RODRIGUEZ ALFONSO

ALUMNO (A):

IRIANA YAYLÍN CAMPOSECO PINTO.

COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS, 14 DE JUNIO DEL 2020.

CASO CLÍNICO

Se presenta a urgencias, traído por familiares, masculino de 41 años de edad, se refiere que tiene pérdida súbita de la fuerza del hemicuerpo derecho, también presenta alteración en la pronunciación de palabras y desviación de la comisura labial a la izquierda.

Antecedente de Hipertensión arterial sistémica de larga evolución con mal apego al tratamiento. Obesidad grado II. Diagnosticado hace 3 meses con diabetes tipo 2, tratamiento con metformina y glibenclamida 3 veces al día. Con lo anterior, responda

1. De 3 posibilidades diagnósticas

a) Diagnóstico diferencial 1:

EVENTO CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO

El accidente cerebrovascular isquémico es acusado de manera súbita y espontánea, por lo que se sospecha de un trombo, placa de ateroma o coágulo de sangre a nivel de las arterias cerebrales anteriores, cuando se interrumpe el suministro de sangre generalmente ocasiona que el tejido cerebral sufra de isquemia. Esta enfermedad se ha definido tradicionalmente como un síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas o signos correspondientes usualmente a una afección neurológica focal, y que persiste más de 24 horas, sin otra causa aparente distinta del origen vascular. Puede ser de tipo trombotico o embolico; en el trombótico, existe una estenosis u oclusión de una arteria cerebral intra o extracraneal. El infarto trombótico ocurre generalmente cuando un trombo crece sobre una placa aterosclerótica u otra lesión vascular. En algunas circunstancias el infarto trombótico puede ser precipitado por un estado hipercoagulable. En el embólico, el infarto se debe a la oclusión de una arteria por un émbolo distal a un punto donde exista un adecuado flujo colateral. El émbolo se origina proximalmente; puede ser arterio-arterial (se desprende un trombo de la pared arterial e impacta distalmente), cardíaco o paradójico (el que procedente de la circulación venosa pasa al corazón izquierdo a través de una comunicación derecha-izquierda). Se atribuyen factores que la hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia, hipercoagulabilidad y cardiopatía, se podría sospechar de un trombo, placa de ateroma o coágulo de sangre a nivel de la arteria cerebral anterior.

Los síntomas de un Evento cerebrovascular isquémico son:

- ✚ Entumecimiento o debilidad repentina de la cara, brazo o pierna (especialmente en un lado del cuerpo)
 - ✚ Confusión repentina, dificultad para hablar o entender el lenguaje
 - ✚ Dificultad repentina para ver con uno o ambos ojos
 - ✚ Problemas para caminar repentino, mareos, pérdida de equilibrio o coordinación
- Dolor de cabeza severo repentino sin causa conocida

b) Diagnóstico diferencial 2:

INFARTO LAGUNAR

Los infartos lagunares son pequeños (1.5 cm a 2 cm) a muy pequeños (3mm a 4mm), localizados en las partes profundas, no corticales del cerebro o en el tronco cerebral. Se encuentra en el territorio de las arterias penetrantes profundas únicas que irrigan a la

capsula interna, los ganglios basales o el tronco cerebral. El cual son resultado de la oclusión de ramas penetrantes más pequeñas de arterias cerebrales grandes por lo general la cerebral media y cerebral posterior. En estos procesos de curación, los infartos lagunares dejan cavidades pequeñas o lagunas (lagos). Se cree que son el resultado de lipohialinosisarteriolar o mecroateroma por lo general se presenta en casos de hipertensión crónica o diabetes, por lo que se ha propuesto 6 causas basias de infarto lagunar. Embolismo, hipertensión, enfermedad oclusiva de vasos pequeños y vasoespasmo. Por su tamaño y ubicación, estos infartos por lo regular provocan déficits como son afasia o apraxia.

Las ramas arteriales más comprometidas en el infarto lacunar son: la arteria cerebral media en sus arterias lentículo estriadas, la arteria cerebral anterior en la arteria recurrente de Heubner, la arteria cerebral posterior en las arterias tálamogeniculadas y la arteria basilar. El deterioro motor después del ACV se ha relacionado con el sitio y el tamaño de la lesión, lesiones previas y otros factores como la edad o las comorbilidades existentes. Por lo tanto, se recomienda el control de la hipertensión arterial para prevenir eventos lacunares y sus respectivas secuelas.

Manifestaciones clínicas

- ✚ Hemiparesia motor
- ✚ Síndrome sensitivo
- ✚ Síndrome sensitivo motor
- ✚ Hemiparesia atáxica
- ✚ Disartria-mano-torpe)
- ✚ La hipertensión arterial y la diabetes mellitus son los principales factores de riesgo.

c) **Diagnóstico diferencial 3:**

INFARTO TÁLAMICO BILATERAL

El tálamo es una estructura en la línea media entre los hemisferios cerebrales y el mesencéfalo, con dos porciones simétricas localizadas a ambos lados del III ventrículo que se comunican a través de la masa intermedia. Estas estructuras quedan divididas en varios núcleos por estrías de sustancia blanca, y están implicados en la transmisión de estímulos motores y sensitivos hacia y desde el córtex cerebral, así como en la regulación de la consciencia, el sueño y el estado de alerta

El infarto tálamico es secundario a la obstrucción de las 2 arterias carótidas internas en la parte anterior y de las arterias vertebrales en su parte posterior que irrigan la superficie media de los lóbulos frontales y parietal y mitad anterior del tálamo estas arterias cerebrales. (Porth,2014). Produciéndose sobre todo por la obstrucción de pequeños vasos lo que se podría asociar a la hipertensión arterial. El infarto talámico bilateral simultáneo es infrecuente; representa cerca del 0.6% del primer infarto cerebral agudo y de 22 a 35% de todos los infartos talámicos. La arteria de Percheron corresponde a una variante de irrigación de la región paramediana de ambos tálamos, a partir de una única arteria paramediana de origen en el primer segmento (P1) de una de las arterias cerebrales posteriores. Por lo general, esta variante alcanza también la región rostral del mesencéfalo y a la región anterior de ambos tálamos. Su oclusión es la principal causa

del infarto talámico bilateral, afección que suele resultar en un proceso agudo de severo deterioro psíquico y neurológico, conocido como el Síndrome de Percheron. Hay evidencia que la demencia es más frecuente cuando el tálamo izquierdo se afecta, y son más evidentes las alteraciones del lenguaje que las visuoespaciales. La interrupción de las vías noradrenérgicas ascendentes en la formación reticular mesencefálica y el núcleo intralaminar que impide la consolidación de la información y el proceso de recuperación, las zonas talámicas, involucradas en la memoria, se ubicarían en los núcleos localizados en el grupo anterior y medial del tálamo.

Las lesiones del tálamo originan síndromes neurológicos generales, neurooftalmológicos y neuropsicológicos como son: Neuropsicológicos. Se han descrito alteraciones del lenguaje, de la memoria, confusión y defectos atencionales, hemiatención. El compromiso del lenguaje se observa particularmente en lesiones del tálamo izquierdo mientras que las lesiones del tálamo derecho tienden a producir defectos de negligencia motriz y hemiatención izquierdas.

El síndrome talámico, también conocido como Síndrome de Déjerine-Roussy, se caracteriza por los siguientes síntomas: hemiparesia leve transitoria, hemicooreoatetosis, hemihipoestesia, hiperalgesia, alodinia y hemiataxia con astereognosia de intensidad variable. Este síndrome se presenta ante lesiones de los núcleos posteriores del tálamo. Las manifestaciones clínicas producidas por lesiones talámicas son muy diversas (ya que abarcan muchas vías), poco sistematizables, relativamente infrecuentes y poco conocido.

2. ¿Estudio urgente en este paciente?

- ✚ TAC (tomografía computada de la cabeza); Es una técnica útil para medir el flujo sanguíneo hacia el cerebro, lo que puede ser importante para el tratamiento del derrame cerebral, la enfermedad de los vasos sanguíneos del cerebro, y los tumores de cerebro. Los objetivos de las técnicas de imagen son establecer el diagnóstico definitivo de accidente cerebrovascular y determinar si es posible salvar regiones del cerebro, determinar si el cuadro neurológico se debe a causa no isquémica (como tumor cerebral o hemorragia intraparenquimatosa) primaria o subaracnoidea e identificar un posible componente hemorrágico del infarto. La importancia de la tomografía sin medio de contraste no solamente es para identificar hemorragia (una contraindicación de la terapia trombolítica) sino que también nos ayuda a encontrar signos tempranos de isquemia
- ✚ Resonancia magnética
- ✚ Glucosa sérica
- ✚ Electrolitos séricos, pruebas de función renal
- ✚ Electrocardiograma
- ✚ Biometría hemática, incluyendo cuenta de plaquetas
- ✚ Tiempos de coagulación
- ✚ Ecografía de la carótida
- ✚ Estudio de coagulación (tiempo de protrombina e INR, tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno).

- ✚ Saturación de O₂ por pulsioximetría y gasometría en sangre arterial en caso de hipoxemia o sospecha de acidosis.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Porth fisiopatología (alteraciones de la salud conceptos básicos) – 9ª edición – Sheila Grossman / Carol Mattson Porth
- E, Hall, (2016). Guyton y Hall, Tratado de Fisiología Medica, 13ª edición. Elsevier, Barcelona; España.
- Snell (S.F). Neuroanatomía clínica. Editorial Medica Panamericana. 6ª edición.
- Keith L. Moore (2017). Moore, Anatomía con orientación clínica, 8ª Edición. WoltersKluwer. Barcelona; España.
- Dr. Abelardo Salazar-Zúñiga (2006). Tratamiento del síndrome talámico (Dejerine-Roussy) secundario a infarto cerebral isquémico, con gabapentina. Reporte de cuatro casos y revisión de la literatura. Revista Neurología, Neurología y Psiquiatría. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp062c.pdf>
- Nelson Polo (2019). Síndrome de Percheron; Infarto talámico bilateral: reporte de 2 casos, REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864019300756>
- S; Monroy Rojas (2016). Infarto talámico bilateral por obstrucción de la arteria de Percherón: reporte de caso, Acta Neurológica Colombiana. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v33n2/0120-8748-anco-33-02-00104.pdf>
- Dra. S; Betolaza (2016). Lesiones talámicas: un desafío semiológico; Revista Uruguaya de Medicina Interna. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rumi/v1n1/v1n1a04.pdf>
- A; Arboix, (2013). ENFOQUE CLÍNICO, DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS INFARTOS LACUNARES; sociedad libroamericana de información científica. Recuperado de <http://siicsalud.com/des/expertoimpreso.php/128767#:~:text=Los%20s%C3%ADndrome%20cl%C3%ADnicos%20cl%C3%A1sicamente%20producidos,at%C3%A1xica%20y%20disartria%20mano%20torpe.>
- Dr. J. F, Alba (2011). Evento vascular cerebral isquémico: hallazgos tomográficos en el Hospital General de México. Servicio de Radiología e Imagen del Hospital General de México. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2011/arm113f.pdf>
- GPC (S.F) Prevención secundaria, diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la enfermedad vascular cerebral isquémica, guía de practica clínica. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/102_GPC_Enfermedad_VascularIsquemica/SS_102_08_GRR.pdf