

Dara Pamela Muñoz Martínez

Presentación del caso:

Juan Ángel es un paciente de 51 años, soltero vive con su hermana y su cuñado; tiene una hija viviendo en Estados Unidos. Está desocupado. El día 5 de octubre de 2019 acude su hermana al centro de salud solicitando una visita domiciliaria para Juan debido a que lo ve muy débil. El día anterior un servicio de emergencia domiciliaria constató cifras de Tensión Arterial (TA) elevadas (200/120 mmhg) y fue medicado con diurético.

Se halló diagnóstico de Hipertensión arterial (HTA) hace 7 años medicado con Enalapril 20 mg/día, Hidroclorotiazida (HCT) 50 mg/día; Diabetes Mellitus (DMT) del mismo tiempo de diagnóstico medicado con Metformina 1 gr /día. Además: ácido acetilsalicílico (AAS) 250 mg/día, y analgésicos (paracetamol) según necesidad. Cursó internación por lesiones de pie diabético en julio del 2019 con amputación de 1º dedo del pie derecho por lesión de grado 4-5. Presenta diagnóstico también de hipertrofia leve de ventrículo derecho.

Evaluación semiológica en domicilio:

Paciente en cama, refiere cefalea de 24 h de evolución intensa y generalizada, y dificultad para la deambulación con imposibilidad para la bipedestación. Refiere además haber padecido episodio de dificultad para hablar hace 5 días atrás, acompañado de desviación de comisura labial (no logra recordar exactamente qué lado) de menos de 24 hs de evolución. Niega registros febriles, náuseas, vómitos.

Examen Físico: orientado en tiempo y espacio, TA: 180/90 mmHg, FC: 100 l/m, Tº: 36,5 °C, pupila derecha hiporreactiva. Paresia en miembro inferior derecho. Se descarta hipoglucemia ya que se realizó Test rápido de glicemia capilar. Se decide internación del paciente con derivación a hospital de 3er nivel de atención en ambulancia de alta complejidad.

1.- ¿Cuál es su impresión diagnóstica? Accidente cerebrovascular de vasos pequeños (infarto lagunar)

2.- Justifique su respuesta

Los infartos lagunares son pequeños (1,5 cm a 2 cm) a muy pequeños (3 mm a 4 mm) localizados en las partes profundas, no corticales del cerebro o en el tronco cerebral. Se encuentran en el territorio de arterias penetrantes profundas únicas que irrigan la cápsula interna, los ganglios basales o el tronco cerebral. Son resultado de la oclusión de ramas penetrantes más pequeñas de arterias cerebrales grandes, por lo general la cerebral media y la cerebral posterior. En el proceso de curación, los infartos lagunares dejan cavidades pequeñas, o lagunas («lagos»). Se cree que son resultado de lipohialinosis arteriolar o microateroma, por lo general en casos de hipertensión crónica o diabetes (*en este caso, el paciente presenta ambas patologías*). Por su tamaño y ubicación, los infartos lagunares por lo general no provocan déficits como afasia o apraxia. Producen los clásicos «síndromes lagunares» como la hemiplejia motora pura, la hemiplejia sensitiva pura, y la disartria con el síndrome de mano torpe.