

En todos los sitios cuecen habas

Palomo Sanz V, Orío Moreno E, Bárcena Miguel R, Zancada Martínez B, Morales Gutiérrez F, Ruiz Arriazu A

Centro de Salud de Torrelaguna. Madrid

Mujer de 78 años. Entre sus antecedentes personales destaca alergia a penicilina y cefalosporinas, sensibilización a *Anisakis*, meningioma frontoparietal derecho operado en 2006, trombosis venosa profunda en pierna izquierda en 2008, en tratamiento con dicumarínicos hasta hace 2 meses (en que se suspendieron por hemorragia digestiva alta con gastroscopia normal, padece diabetes mellitus tipo 2 de 7 años de evolución en tratamiento con metformina (850 mg/12 horas).

Los familiares telefonan una tarde a urgencias del Centro de Salud por episodio brusco de pérdida de fuerza en miembros superiores. A los treinta minutos acude el médico de la Unidad de Atención Domiciliaria, quien la encuentra confusa y desorientada, con disminución de fuerza en extremidades superiores (izquierdo 2/4 y derecho 3/4). La exploración cardiopulmonar resulta normal, así como los reflejos plantares y pares craneales. Tiene una presión arterial de 146/78 mmHg. Durante la exploración la paciente desarrolla disartria. Se realiza en ese momento glucemia capilar que es de 56 mg/dl; tras la administración oral de 2 cucharadas de azúcar en agua, la disartria cede por completo en unos diez minutos y la glucemia ya es de 117 mg/dl. El facultativo diagnostica hipoglucemia y suspende la dosis nocturna de metformina hasta ser valorada por su médico en 24 horas.

Al día siguiente acude su médico, a quien explican que la pérdida de fuerza en brazos de la paciente persistió unas 6-8 horas tras irse el médico de urgencias, sin volver a presentar disartria, desorientación ni otra sintomatología. En este momento la exploración neurológica y general no presenta alteraciones y la glucemia no basal (una hora después de la comida) es de 163 mg/dl. Ante el probable ictus transitorio relatado, su médico pide analítica para

controlar los factores de riesgo cardiovascular, mantiene metformina a la misma dosis, añade ácido acetilsalicílico (100 mg diarios) junto con omeprazol (20 mg en desayuno) y solicita valoración por neurólogo. A los 10 días tuvimos la analítica, que, salvo la glucemia (116 mg/dl) con hemoglobina glicada de 7,1%, fue rigurosamente normal, incluyendo coagulación, tiroides, B12 y fólico.

Transcurridos once meses sin nuevos episodios, la paciente acude con el informe del neurólogo. La exploración y analítica, con RPR y estudio de autoanticuerpos ANA y AntiSS, fueron negativos. Igualmente fue normal una radiografía de tórax. En la TAC de cráneo sin contraste se apreciaban cambios posquirúrgicos de craniectomía en calota del lado derecho, un área hipodensa en lóbulo temporal derecho con retracción de estructuras, compatible con zona de malacia probablemente posquirúrgica; presentaba lesiones de sustancia blanca supratentorial de forma parcheada en ambos hemisferios cerebrales de predominio subcortical y periventricular sugestivos de angiopatía de pequeño vaso; no existían signos de sangrado agudo ni de lesión isquémica aguda. En el EEG existían signos de afectación cerebral persistente en región frontotemporal derecha (ritmo theta afilado sin actividad epileptiforme). El ECG tenía criterios de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y ligero descenso del ST en cara inferior y V5-V6, con T negativa de V3 a V6. Se le hizo un Eco-Doppler de troncos supraaórticos (TSA), en el que se apreciaban placas ateromatosas en carótida común izquierda y en bulbo y origen de carótida interna derecha, de superficie lisa y parcialmente calcificadas, con estenosis menores de 50%, engrosamiento difuso de la íntima de carótida interna derecha, con arterias vertebrales permeables.

El resumen se los hallazgos del doppler de TSA concluía: enfermedad ateromatosa carotídea bilateral con estenosis menores de 50%. Ante los hallazgos electrocardiográficos, se le hizo un ecocardiograma en el que se observa presencia de HVI leve-moderada, con buena función sistólica biventricular, insuficiencia mitral leve, dilatación de aorta izquierda y disfunción diastólica tipo 1. También se hizo un Holter-ECG que mostraba bradicardia sinusal y cambios paroxísticos con T negativas y descenso del ST que se normaliza en otros momentos (a descartar isquemia silente). Por ello también se hizo una ergometría según protocolo de Bruce detenida a los 6:28 minutos por inadaptación a la cinta y mala colaboración. Alcanzó 82% de la frecuencia cardíaca máxima, hipertensión arterial sistólica en reposo y aceptable respuesta al esfuerzo; no hubo arritmias y fue clínicamente negativa pero eléctricamente positiva por descenso del ST en cara inferior y V5-V6 en el máximo esfuerzo, si bien las alteraciones basales de la repolarización le restaban especificidad (el resultado de la ergometría puede ser un falso positivo eléctrico por HVI). Dado que estaba asintomática y con antiagregantes, fue citada para ecocardiograma de estrés con dobutamina.

El diagnóstico final fue de probable accidente isquémico transitorio (AIT) hemisférico derecho, diabetes tipo 2 con aceptable control y alteraciones en ECG cuyo estudio estaba pendiente de completar. Finalmente, el

neurólogo recomendaba como tratamiento ranitidina (300 mg/24 horas) y clopidogrel (1 comp/24 horas).

COMENTARIO

El primer error del caso fue del médico de urgencias, que atribuyó el cuadro a una hipoglucemia, ya que una glucosa capilar de 56 mg/dl difícilmente justifica la disartria, desorientación y paresia de miembros superiores de la paciente. El que la disartria cediera tras la ingestión de azúcar debe ser sin duda algo casual, puesto que el resto de síntomas perduraron horas, aun con la glucemia normalizada.

Por otra parte, aunque es discutible, en nuestra opinión, se puede considerar un segundo error el estudio cardiológico a fondo en una paciente de 78 años, asintomática, motivado por una alteración electrocardiográfica: no olvidemos que incluso el cardiólogo informante de la ergometría admitía que los hallazgos pudieran ser atribuibles a la HVI. Recordemos que la paciente está pendiente de un ecocardiograma de estrés con dobutamina, que puede tener complicaciones y, en todo caso, si el resultado no fuera concluyente y fuéramos consecuentes, habría que hacer una coronariografía.

Finalmente, podemos considerar un tercer error tratar un AIT con clopidogrel (aunque tuvo el antecedente de hemorragia digestiva mientras tomaba dicumarínicos), cuando de hecho la paciente lleva 11 meses con salicilatos y omeprazol sin complicaciones.