INFORME POSTER DISCUSIÓN

Se nos presentó el caso de un paciente de 75 años de edad que acude a urgencias por presentar de forma brusca debilidad y pérdida de la fuerza muscular con sensación de acorchamiento de las extremidades derechas, así como dificultad para comunicarse.

Lo primero que hicimos fue solicitar a nuestro tutor algunos datos para poder establecer la historia clínica:

- **Antecedentes personales:** el paciente presenta hipertensión arterial, pero sin dislipemia ni diabetes.
- **Antecedentes familiares:** no se mencionan.
- **Medicación:** actualmente el paciente toma **medicación antihipertensiva** de forma irregular y **medicación anticoagulante** vía oral. En este punto, nos planteamos que la medicación anticoagulante podría ser un factor de riesgo para un posible cuadro hemorrágico cerebral, asociado a HTA.
- **Hábitos tóxicos:** el paciente es exfumador de 2 paquetes diarios (no fuma actualmente). Su ingesta de alcohol es moderada.

Tras estos primeros datos, transformamos el informe en términos médicos para poder simplificar y comprender mejor la sintomatología del paciente. Así pues, el paciente presentaba: **debilidad muscular, paresia, parestesia, disestesia y afasia**. Estas manifestaciones, unidas a la aparición brusca y a la HTA, nos hizo pensar sobre un posible accidente cerebrovascular, pero dudábamos entre hemorrágico o trombótico.

Para avanzar en la resolución del caso pedimos a nuestro tutor más datos sobre el paciente, concretamente sobre la exploración física que se le realizó, obteniendo finalmente:

- **Aspecto general:** el paciente se muestra despierto y consciente, pero poco orientado, con dificultad para comunicarse con él. Responde irregularmente a órdenes sencillas y colabora poco en la exploración.
- **Constantes vitales:** en el momento del ingreso, el paciente presenta TA 160/100, FC 120lpm y se muestra afebril.
- **Movilidad:** presenta disminución de la movilidad en miembros derechos, no se mantiene de pie, y muestra un desequilibrio en la marcha asociado al trastorno motor de hemicuerpo derecho.
- **Auscultación cardíaca:** muestra tonos arrítmicos con disociación centro-periférica y frecuencia media ventricular descontrolada. Soplo sistólico en foco aórtico.
- **Auscultación respiratoria:** muestra hipoventilación generalizada, roncus aislados y subcrepitantes en bases.

- **Exploración abdominal:** muestra abdomen globuloso con abundante panículo adiposo, no doloroso a la palpación, sin visceromegalias, y ruidos intestinales conservados.
- **Exploración neurológica:** el paciente presenta desviación oculo-cefálica izquierda, hemianopsia homónima derecha, afasia de características mixtas, parálisis facial supranuclear derecha, hemiparesia e hipoestesia de extremidades derechas de predominio braquial y Babinski en la pierna derecha. Romberg negativo, y puntuación de 11 en la escala de Glasgow.

A la vista de la exploración, decidimos solicitar ciertas pruebas que nos orientaran hacia el diagnóstico del paciente. Todo este intercambio de correos entre tutor y alumnos se hizo a lo largo de dos o tres semanas.

El tutor nos adjuntó las siguientes pruebas:

- **Analítica básica:**
 - o **Hemograma:** normal
 - o **Coagulación e INR:** el tratamiento con anticoagulantes no cumarínicos no precisa de controles seguidos de coagulación, pero sí es importante el control de la función renal y hepática.
- **Ecocardiograma:** muestra disfunción mitral mixta (insuficiencia/estenosis), con dilatación auricular izquierda sugerente de trombos en AI, y patología valvular aórtica mixta, con esclerosis aórtica de grado 1 o 2.
- **RMN:** se plantea para más adelante, para valorar la evolución del posible ictus. Además, los ictus cursan con agitación y alteración de la consciencia del paciente, por lo que una RMN (de 40-60 minutos de duración) no sería adecuada para este tipo de paciente al ingreso.
- **Ecografía de la carótida:** se plantea para más adelante, para protocolo de estudio y seguimiento del paciente.
- **Eco-doppler:** muestra estenosis, placas de ateroma, trombos y flujos arteriales.
- **Angio-TAC:** complementa al ecodoppler, y permite evaluar el sistema vascular cerebral del enfermo. Descarta la existencia de aneurismas cerebrales y hemorragias asociadas.
- **ECG:** destaca una arritmia de origen supraventricular, concretamente una fibrilación auricular con frecuencia ventricular media controlada.
- **TAC:** se observa el llamado “signo de la cuerda”, que es una hiperdensidad en la cisura de Silvio originada por la presencia de un trombo ocluyendo la arteria cerebral media.
- **Placa de tórax:** muestra una cardiomegalia global y un patrón congestivo en ambas basas, con líneas de Kerley, sugerente de IC.

Tras varias tardes de discusión, llegamos a la conclusión de que se podía tratar de un ictus trombótico. El dato clave que nos ayudó a averiguarlo fue el signo de la cuerda observado en el TAC craneal, típico de accidentes cerebrovasculares trombóticos.

Le remitimos nuestras conclusiones al tutor, que confirmó efectivamente el diagnóstico de un ictus trombótico.

Tras esto, el tutor nos pidió que pensáramos en un tratamiento adecuado para este paciente. Investigamos en libros y artículos como los que aparecen en la bibliografía, y conseguimos hallar el tratamiento adecuado, tanto farmacológico como de rehabilitación motora y del lenguaje.

Con toda la información recabada y el caso concluido, nos dispusimos a montar el póster.

Nos dividimos en cuatro grupos para realizar las distintas tareas:

- Un grupo se encargó de crear el póster, adecuándose a las recomendaciones y a los ejemplos de otros años que nos había estado mandando nuestro tutor para guiarnos.
- Otro grupo se encargó del algoritmo presente en el poster, que intenta sintetizar de manera visual el desarrollo del caso.
- Otro grupo se dedicó a redactar este Word.
- Nuestro representante del grupo, elegido como expositor, se encargó de grabar el audio contando el caso.

Tras sucesivos intercambios de correos con nuestro tutor, conseguimos terminar el póster.

Con esta actividad, hemos profundizado en nuestro conocimiento sobre patologías del sistema vascular, así como de los tipos de accidentes cerebrovasculares existentes. Nos ha servido también para mejorar nuestra interpretación de pruebas de imagen claves para el diagnóstico, como el TAC, el ECG y la radiografía de tórax. Algunas partes del trabajo, como realizar el algoritmo, nos han parecido bastante interesantes y útiles para futuros trabajos. Asimismo, como grupo, hemos sabido organizar las tareas a realizar y dividirnos para agilizar el trabajo. Cabe destacar la ayuda proporcionada por nuestro tutor, Francisco Navarro-Pelayo Sánchez, que nos ha facilitado toda la información necesaria rápidamente, sin demoras entre correos.