

# CASO CLÍNICO

Varón de 72 años con  
Inestabilidad a la marcha de 5 días y  
Lesión Isquémica Aguda Hemicerebelo Izquierdo

## ANTECEDENTES

Barthel 100. Vive solo, tiene una hermana que vive cerca.  
Exfumador desde hace más de 50 años. No otros hábitos tóxicos.

HTA en tratamiento con Enalapril 5 mg según refiere el paciente.  
No Diabetes, ni dislipemia.

Visto en consulta externa rápida de MI en las semanas previas al ingreso por cuadro de astenia, pérdida de peso y edemas en extremidades inferiores. En la Exploración Física se objetivó celulitis en resolución en miembro inferior izquierdo, y el laboratorio mostró anemia normocítica con una elevación de VSG (80mm/1ªh).

## HISTORIA ACTUAL

Acude a urgencias por inestabilidad de la marcha de 5 días de evolución acompañada de diplopía fluctuante. Refiere que el comienzo de la clínica ha sido brusco, no acompañándose de otra focalidad neurológica (no alteración del habla, debilidad ni pérdida de sensibilidad en extremidades).

- Analítica Urgente:** Hb normal, INR 1.22, Glucosa 124, Urea 46 mg/dL.
- ECG:** RS, 75 lpm, no alteraciones agudas de la repolarización.
- Rx tórax:** no condensaciones parenquimatosas.

### -**TC cerebro sin y con contraste de Ingreso:**

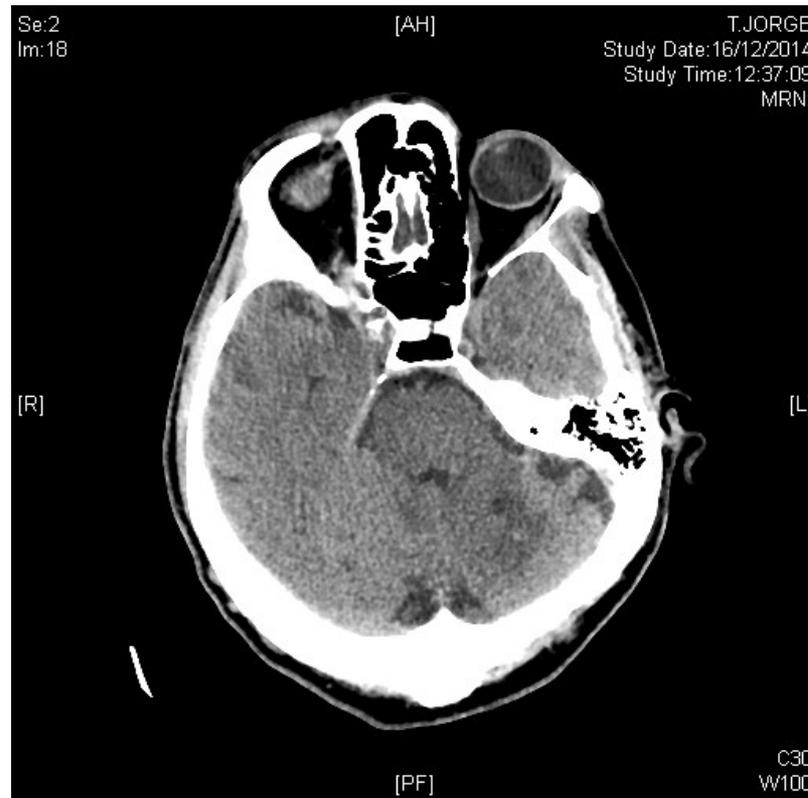
Hipodensidad hemisférica izquierda, sin efecto de masa ni realce tras contraste, sugestiva de lesión isquémica aguda/subaguda. Lesiones isquémicas crónicas de tamaño lacunar en ganglios basales, bilaterales. Ateromatosis de las principales arterias intracraneales y ectasia de la vertebral izquierda.

Conclusión: lesión isquémica aguda/subaguda hemisférica izquierda.

### -**Ecocardiograma (Urgencias)**

Ventrículo izquierdo no dilatado, leve hipertrofia concéntrica, función sistólica conservada (FEVI aprox 70%). Ventrículo derecho con función sistólica conservada. Conclusión: no se detectan imágenes sugestivas de vegetación, buena función ventricular y válvulas normofuncionantes.

## TC cerebro sin y con contraste de Ingreso

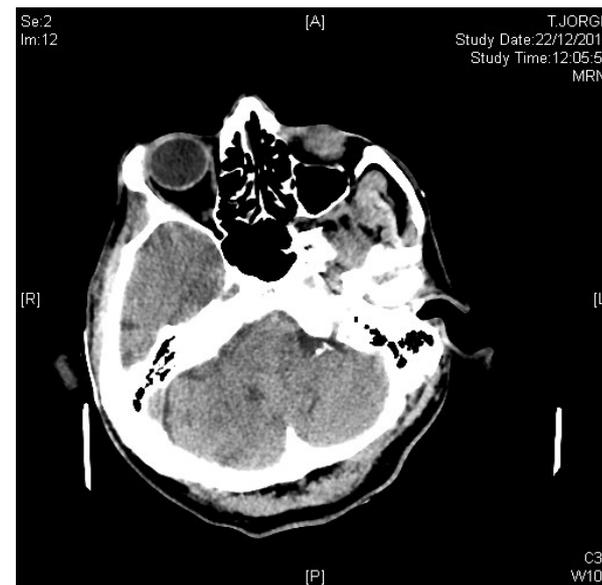
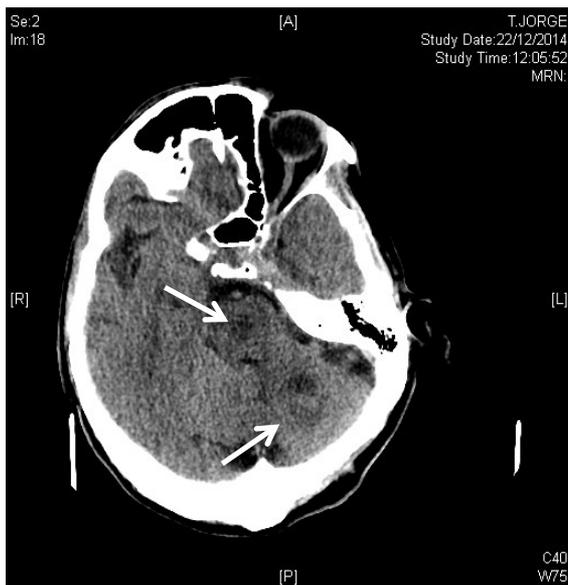


## EVOLUCIÓN

El paciente presenta empeoramiento y progresión con nueva clínica compatible con ECVA. Desarrolla disartria, hemiparesia e hipoestesia braquiocrural derecha de nueva aparición.

Se solicita nuevo TC de SNC urgente

## Nuevo TC cerebro Urgente ante la nueva clínica



### CONCLUSIÓN:

Lesiones hipodensas en hemisferio cerebeloso izquierdo y en protuberancia sugestivas de lesiones isquémicas establecidas (estadio agudo/subagudo).

## Nuevo ECOCARDIOGRAMA

Septo interauricular íntegro, con zona más adelgazada a nivel de la fosa oval pero sin paso de flujo a su través ni en situación basal ni tras maniobra de Valsalva (tras administración de suero agitado). Ventrículo izquierdo con función sistólica subjetivamente conservada. No se observan trombos intracavitarios. No se observan imágenes sugestivas de vegetación.

## RESUMEN SITUACIÓN CLÍNICA

Varón de 72 años que ingresa por infarto cerebral y que desarrolla clínica que sugiere nuevos infartos. En nuevo TAC cerebral se identifican nuevos infartos.

Se cambia AAS por sintrom y se solicita ARTERIOGRAFIA CEREBRAL

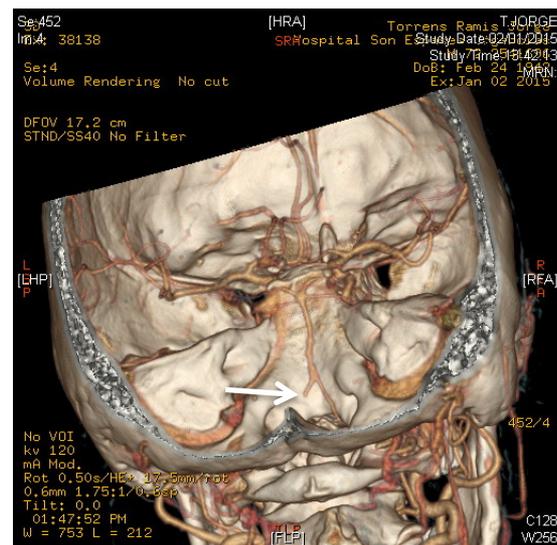
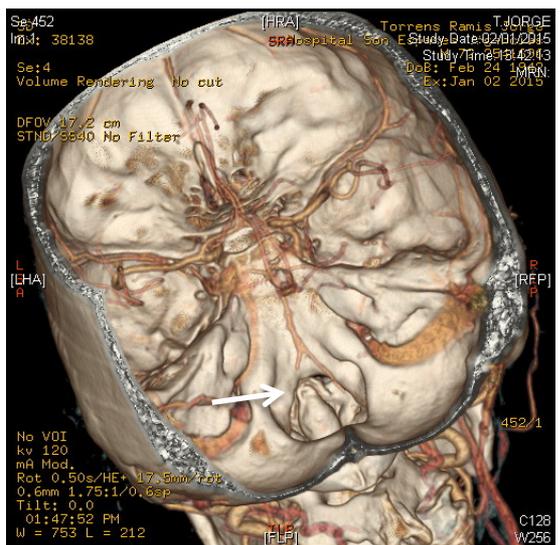
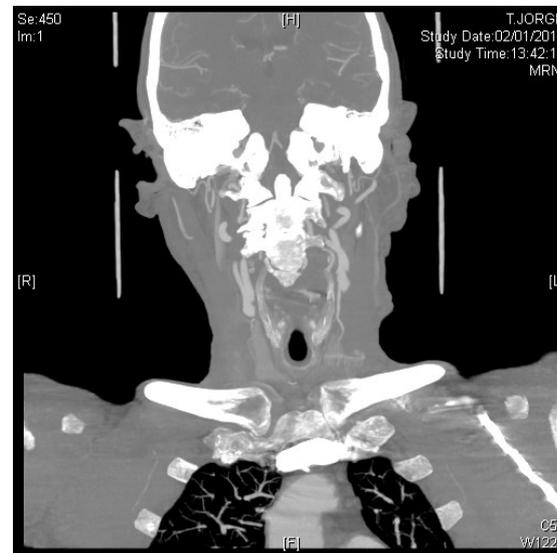
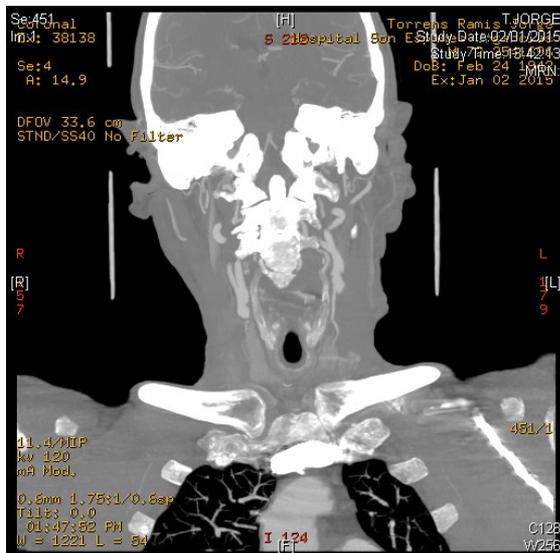
## TC Arterias cerebrales

Defecto de repleción en arteria vertebral izquierda en el segmento V2 con repermeabilización a nivel de V4. Defecto de repleción en arteria vertebral derecha, focal, a nivel de V3, con repermeabilización distal. Arteria basilar permeable. Polígono de Willis permeable.

Se compara con TC previo: Persiste area hipodensa en hemisferio cerebeloso y hemiprotuberancia izquierda en relación con lesión isquémica establecida. Sin cambios significativos de tamaño. Lesión hipodensa en hemisferio cerebeloso dcho, probablemente también isquémica establecida.

## CONCLUSION

Trombosis vertebral izquierda que se origina en V2 con repermeabilización en V4. Estenosis/obstrucción focal de arteria vertebral dcha a nivel de V3. Infartos isquémicos establecidos cerebelosos y protuberancial.



Resumen:

Varón de 72 años con Infartos Cerebrales de repetición, sin evidencia de foco embolígeno y que en la arteriografía se identifican lesiones que obligan a descartar VASCULITIS

**¿Algo interesante en los antecedentes?**

**¿Alguna orientación clínica?**

## En este punto nos solicitan INTERCONSULTA a la Unidad Enfermedades Autoinmunes Sistémicas

Varón 72 años con clínica de ACV repetición y lesiones arteriales compatibles con vasculitis.

### Revisión clínica:

Astenia, pérdida de peso

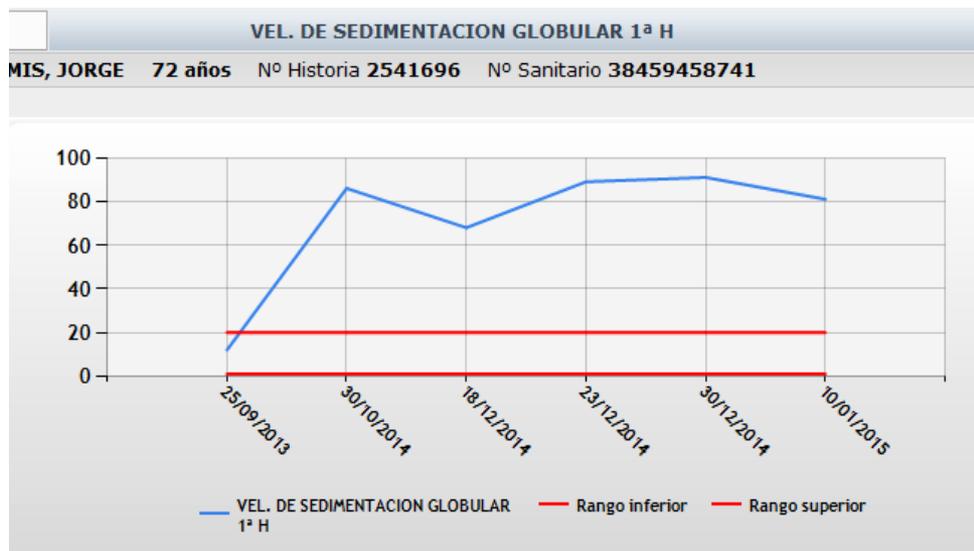
Anamnesis dirigida negativa

Exploración dirigida arterias temporales negativa

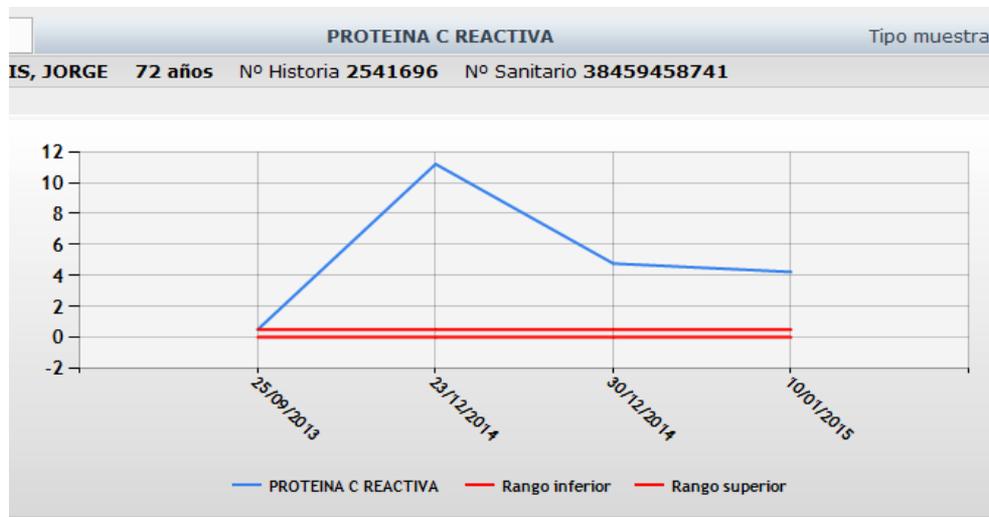
### Revisión de laboratorio desde ingreso:

Elevación de VSG y PCR

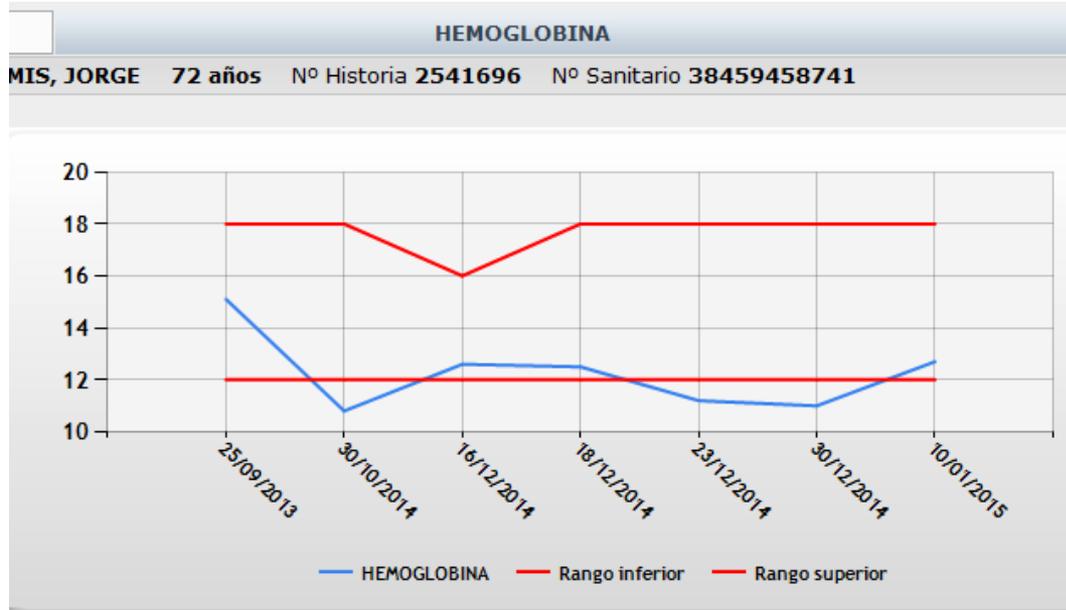
# VSG



# PCR



# Hemoglobina



**¿CUÁL ES LA PRINCIPAL SOSPECHA DIAGNÓSTICA?**

**¿ALGUNA EXPLORACIÓN o PRUEBA DE ELECCIÓN?**

**¿CUÁL ES EL PLAN o ESTRATEGIA a SEGUIR?**

**¿EMPEZAMOS ALGÚN TRATAMIENTO o ESPERAMOS MÁS RESULTADOS?**