



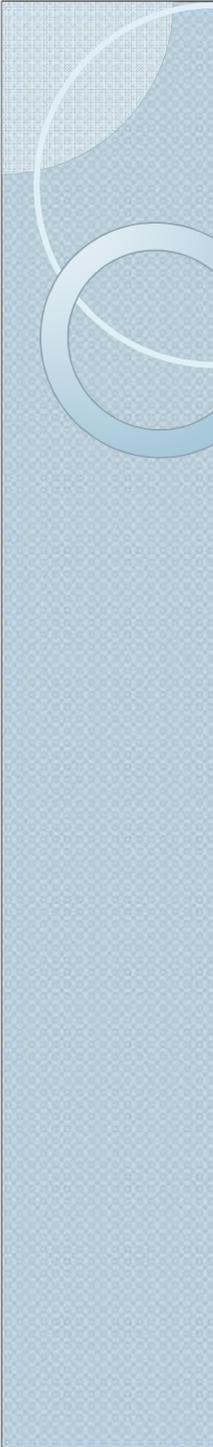
DOS ICTUS EN DOS SEMANAS...

ALGO ESTAMOS HACIENDO MAL

Cristina Jauset, Almudena Serrano, Lydia Iglesias, Miguel Martín Asenjo, Daniel Bóveda, Hana Silvagni, Luis López, María Pedraza.
Servicios de Medicina Interna y Neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

CASO CLÍNICO

- Varón de 79 años, sin alergias medicamentosas
- Antecedentes médicos: diabetes mellitus tipo 2 de 20 años de evolución, hipertensión arterial, disfunción eréctil y adenocarcinoma de próstata
- Tratamiento habitual: glimepirida 4mg (0-1-0), sitagliptina/ metformina 50/1000 (0-0-1), pioglitazona 30 (0-0-1) ramipril 10 (1-0-0), irbesartan 150 (1-0-0), acetato de leuprorelina 45 mg mensual.



MOTIVO DE CONSULTA

Acude a urgencias por presentar inestabilidad de la marcha y lateralización hacia la izquierda, desde hace dos días, de manera brusca, junto con alteración de la articulación del lenguaje, sin otra focalidad neurológica asociada.

EXPLORACIÓN FÍSICA

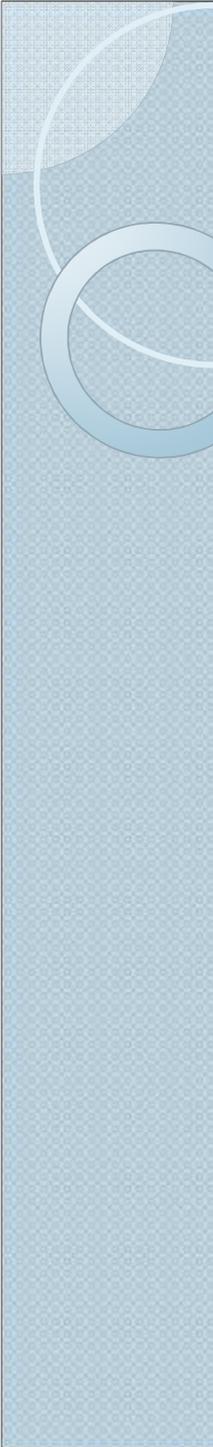
- PA 143/76 mmHg, FC 90 lpm, buena saturación de oxígeno y afebril
- Peso 83 kg, talla 1,66 cm, IMC 33 kg/m²
- Auscultación cardiaca: soplo sistólico panfocal de predominio aórtico
- Exploración neurológica presenta 3 puntos en la escala NIHSS, que corresponden con ligera disartria (1) y claudicación leve de extremidades izquierdas (1+1). Marcha inestable con lateralización hacia ambas direcciones. Romberg positivo. Bipedestación inestable.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- Analítica: glucemia 265 mg/dl. HbA1c: 8.8%, Triglicéridos: 230 mg/dl. Colesterol total 168 mg/dl, HDL: 36.00 mg/dl, LDL: 86.00 mg/dl
- Sistemático de orina, radiografía de tórax, electrocardiograma, TC craneal sin alteraciones agudas
- Eco- Doppler: troncos supraaórticos permeables apreciándose pequeña placa en bifurcación carotídea izquierda, hiperecoica y que no genera una estenosis significativa y eco-doppler transcraneal: permeabilidad de todos los vasos principales del polígono de Willis. Se evidencia aceleración de flujo en unión P1-P2 izquierda en probable relación con estenosis ateromatosa leve

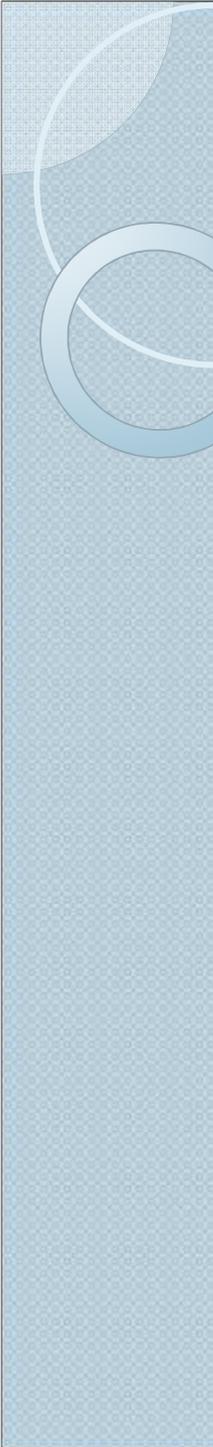
EVOLUCIÓN

- Se ingresa con el diagnóstico de ICTUS isquémico
- RMN: varias lesiones hiperintensas en T2 y Flair que restringen la difusión, todas ellas en el lado derecho: tres en hemiprotuberancia, otra en hemisferio cerebeloso, otra en región córtico-subcortical parietal, otra en región cortical témporo-occipital y otra en región cortical occipital. En el lado izquierdo observamos otra lesión puntiforme que restringe la difusión en la amígdala cerebelosa izquierda
- Holter, ETT, angio TC sin alteraciones
- Ajuste de glucemia por el servicio de Endocrinología.



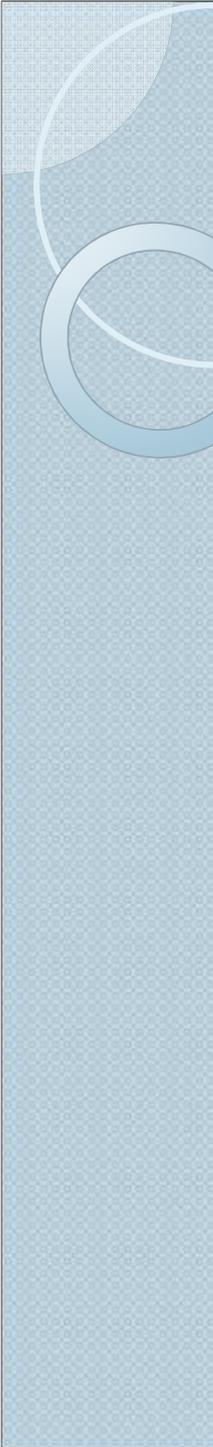
PLAN Y TRATAMIENTO

- Dieta baja en grasas y ejercicio moderado
- Insulinoterapia (Detemir 40-0-20 e Insulina rápida 2-2-2) y se suspenden los antidiabéticos orales,
- Rosuvastatina 10 mg y Acenocumarol por elevada sospecha de fibrilación auricular.
- Se implanta Holter subcutáneo



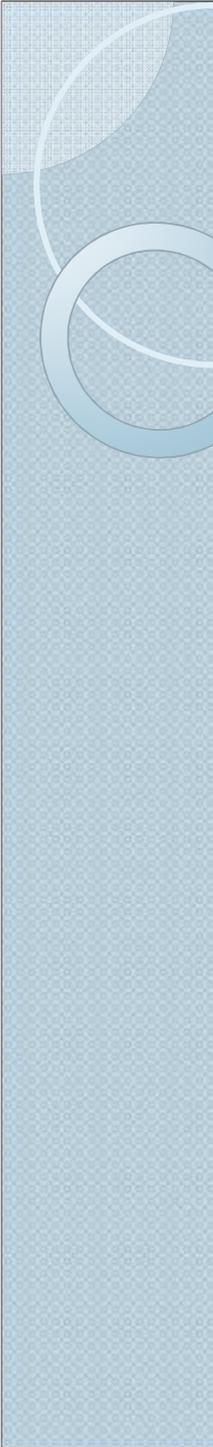
MOTIVO DE CONSULTA

A los 4 días del alta el paciente acude de nuevo a Urgencias por presentar, desde las últimas 24h, empeoramiento progresivo de la paresia de extremidades izquierdas mientras estaba sentado, y posteriormente dificultad para articular palabras y para elevar la extremidad superior izquierda contra gravedad. No otra clínica.



EXPLORACIÓN FÍSICA

- Sin cambios con respecto al ingreso anterior salvo presión arterial de 144/89 mmHg.
- Empeoramiento de la exploración neurológica: NIHSS de 8 por disartria leve (1), asimetría facial izquierda (2), ESI: eleva escasamente contra gravedad (3) y claudicación EII (2).

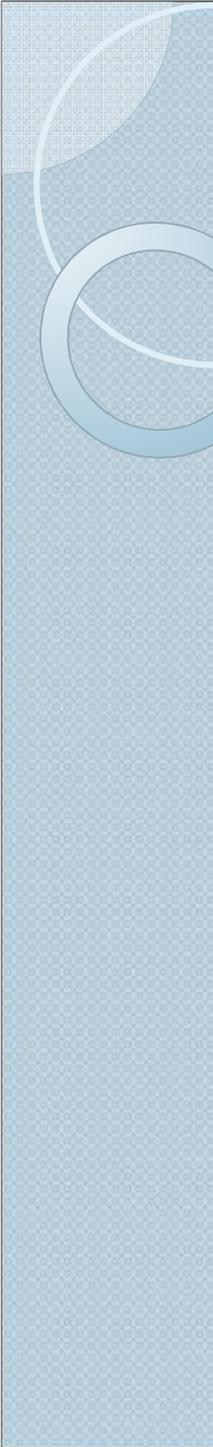


EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- Se repiten las pruebas complementarias, persistiendo hiperglucemia de 279, con INR 2.54 (en rango) y HbA1c de 8.4%.
- Resto de pruebas (ECG, radiografía de tórax, TC cerebral, eco-doppler transcraneal y de troncos supraórticos) sin cambios agudos.
- Ingresa con el diagnóstico de infarto isquémico lacunar

EVOLUCIÓN

- En la RM se observa que la lesión centrada en hemiprotuberancia derecha sigue alterada en la secuencia de difusión, presentando un ADC disminuido. Se sospecha un nuevo infarto en la zona, ya que el resto de las lesiones isquémicas mencionadas en RM anterior no son ya visibles en la secuencia de difusión. Extensa leucopatía por enfermedad de pequeño vaso.
- En el holter subcutáneo no se registran eventos arrítmicos por lo que se decide realizar ecocardiograma transesofágico, no detectándose trombos en orejuela izquierda.

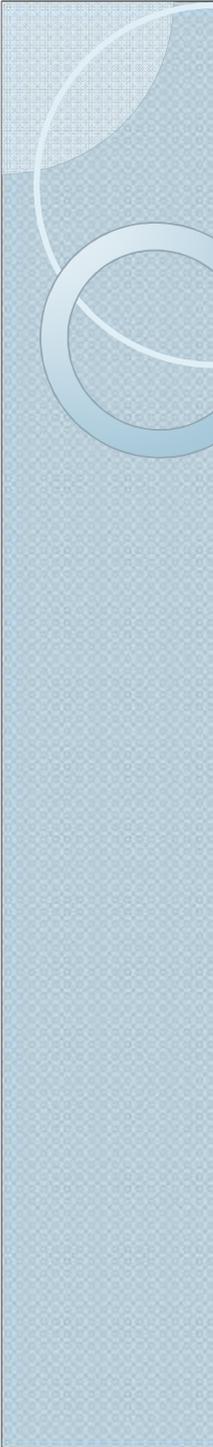


PLAN Y TRATAMIENTO

- Paciente con múltiples factores de riesgo asociados (diabético tipo 2 mal controlado, obeso, hipertenso) que presenta varios infartos cerebrales de repetición; a pesar de estar antiagregado y anticoagulado, con un INR en rango, por lo que las únicas medidas que podemos añadir al tratamiento son el control estricto de la propia diabetes y de los factores asociados.

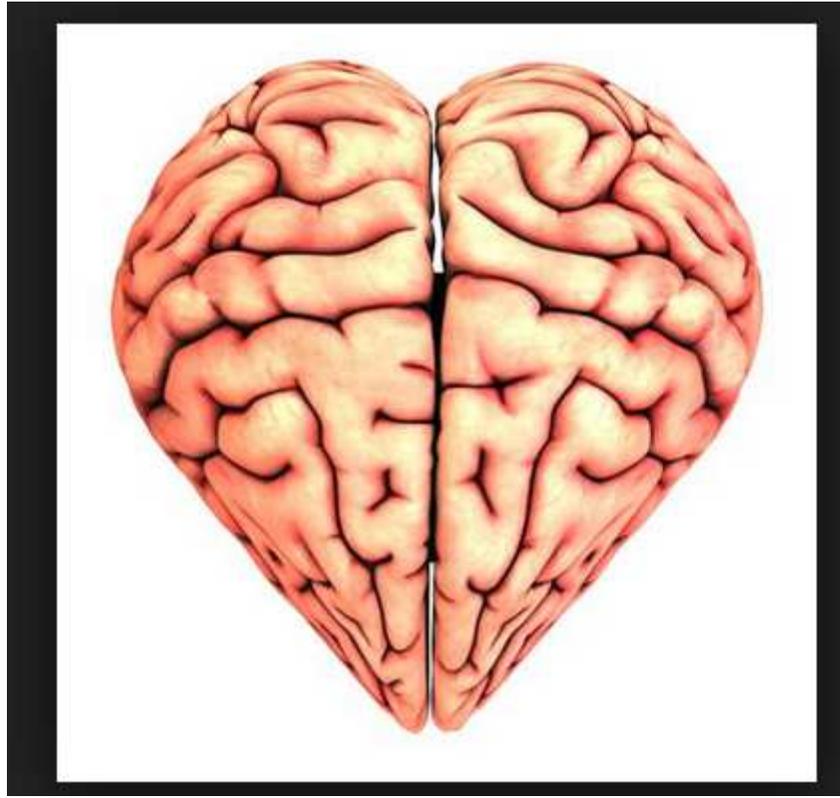
CONCLUSIONES

- El infarto cerebral es una etiología muy prevalente en España (252/100.000) con elevada mortalidad y secuelas, siendo la segunda causa de mortalidad en la población general y la primera en mujeres
- Los pacientes con DM tienen el doble de probabilidad de presentar un ICTUS (por enfermedad de pequeño vaso), mayores complicaciones y mayor tasa de recurrencia
- Requiere un manejo más agresivo en la fase aguda y un estricto control de los factores de riesgo cardiovascular a largo plazo, que en España solo logran el 50% de la población.



BIBLIOGRAFÍA

- Soriquer F. et al. Di@bet.es Study. Diabetologia. 2012;55:88-93
- Angel Brea et al. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en España. [Clínica e Investigación en Arteriosclerosis. Volume 25, Issue 5](#), November–December 2013;211-217
- B. Fuentes. Guía para el tratamiento preventivo del ictus isquémico y AIT (I). Actuación sobre los factores de riesgo y estilo de vida. Neurología. 2012;27(9):560-574
- Santiago Palacio, MD et al. Lacunar Strokes in Patients With Diabetes Mellitus: Risk Factors, Infarct Location, and Prognosis. Stroke. 2014;45:2689-2694
- Mathew J. Reeves, PhD et al. Quality of Care and Outcomes in Patients With Diabetes Hospitalized With Ischemic Stroke. Stroke. 2010;41:e409-e417
- Chirantan Banerjee, MBBS, MPH. Duration of Diabetes and Risk of Ischemic Stroke. Stroke. 2012;43:1212-1217;



¡Gracias!