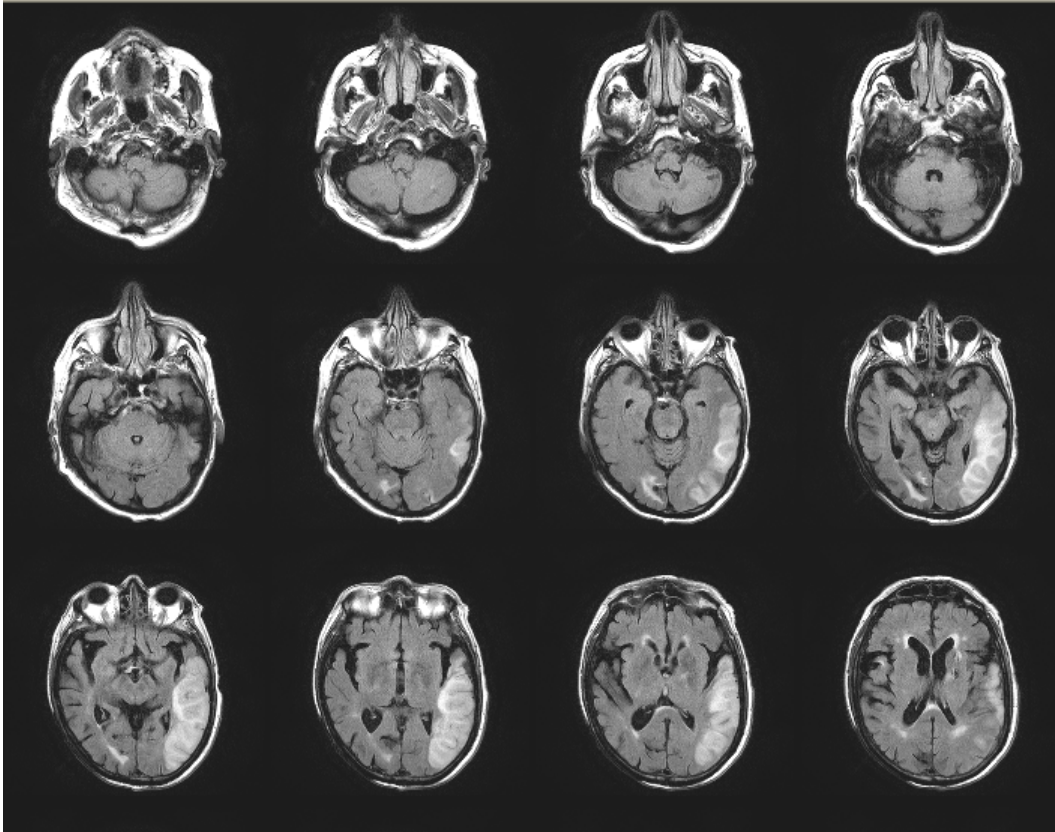
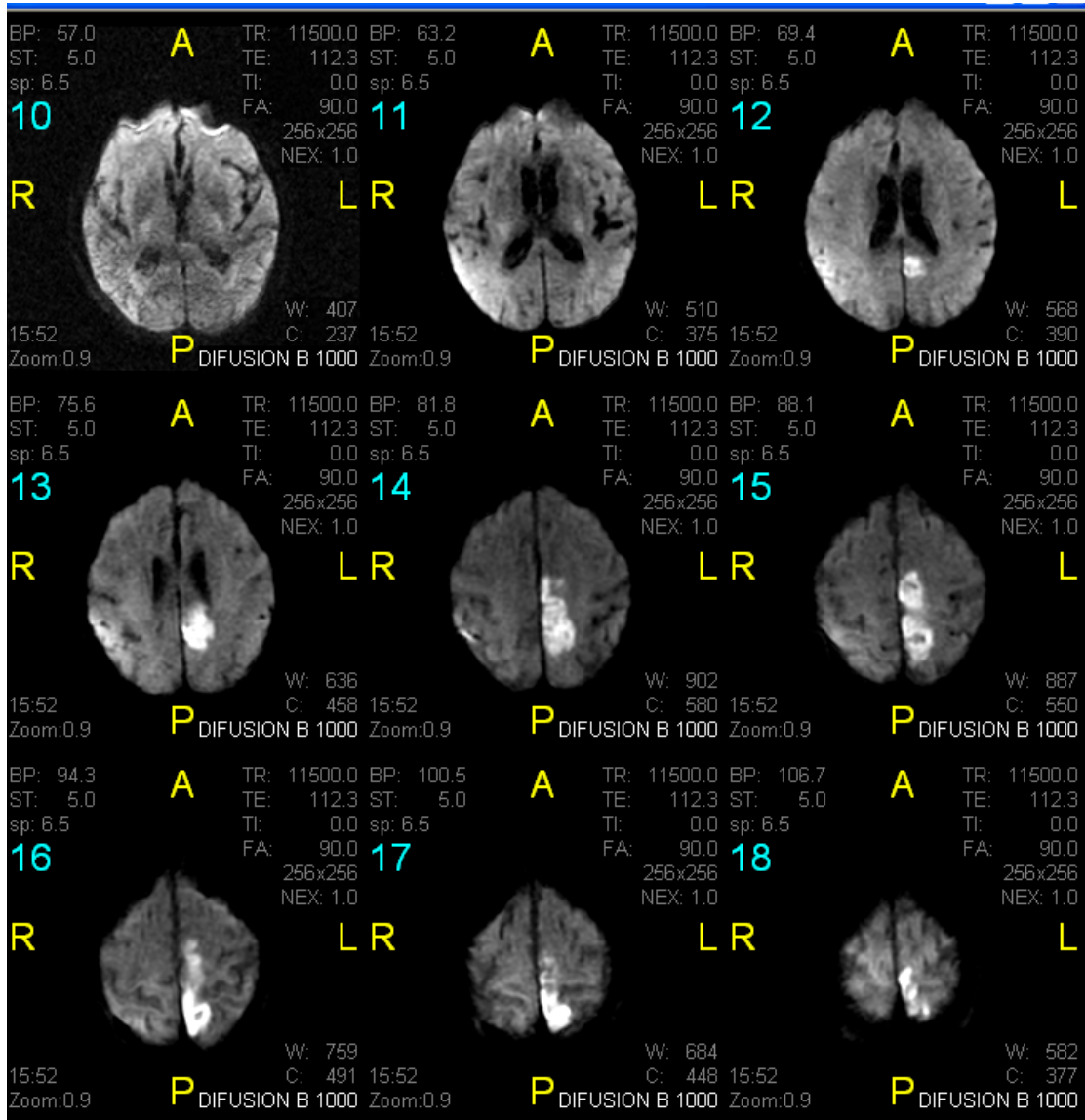


- **Malaltia actual :**
- El pacient presenta des de fa unes 48 hores una inestabilitat a la marxa amb lateralització esquerra, així com torpesa a la mà esquerra. La família també refereix desorientació i dificultat per articular el llenguatge.
- **Exploració física:**
- Conscient i orientat. No afàsia. Anosognosia. Certa desinhibició i labilitat emocional. Mirada centrada. PIN. MOE normal. Extinció visual esquerra. No extinció sensitiva. Hemiparesia facio braquio (4+/5) esquerra. Sense altres déficits.
- AC: tons rítmics sense bufes. AR: murmuri vesicular conservat.
- Causa: estado procoagulante



- **Enfermedad actual:** el 28/01/11 por la noche inicia episodio de habla incoherente y desorientación, por lo que acuden a Urgencias. No fiebre ni otra sintomatología acompañante.
- **Exploración física:** afebril y hemodinámicamentet estable. Palidez cutánea y mucosa. Consciente. Mirada centrada. PIN. Reflejo de amenaza derecho disminuido. Afasia mixta. Comprende órdenes simples de forma fluctuante. Lenguaje hipofluente con parafasias. No nomina ni repite. Asimetría facial derecha. No paresias en extremidades.
- **Exploración general normal.**

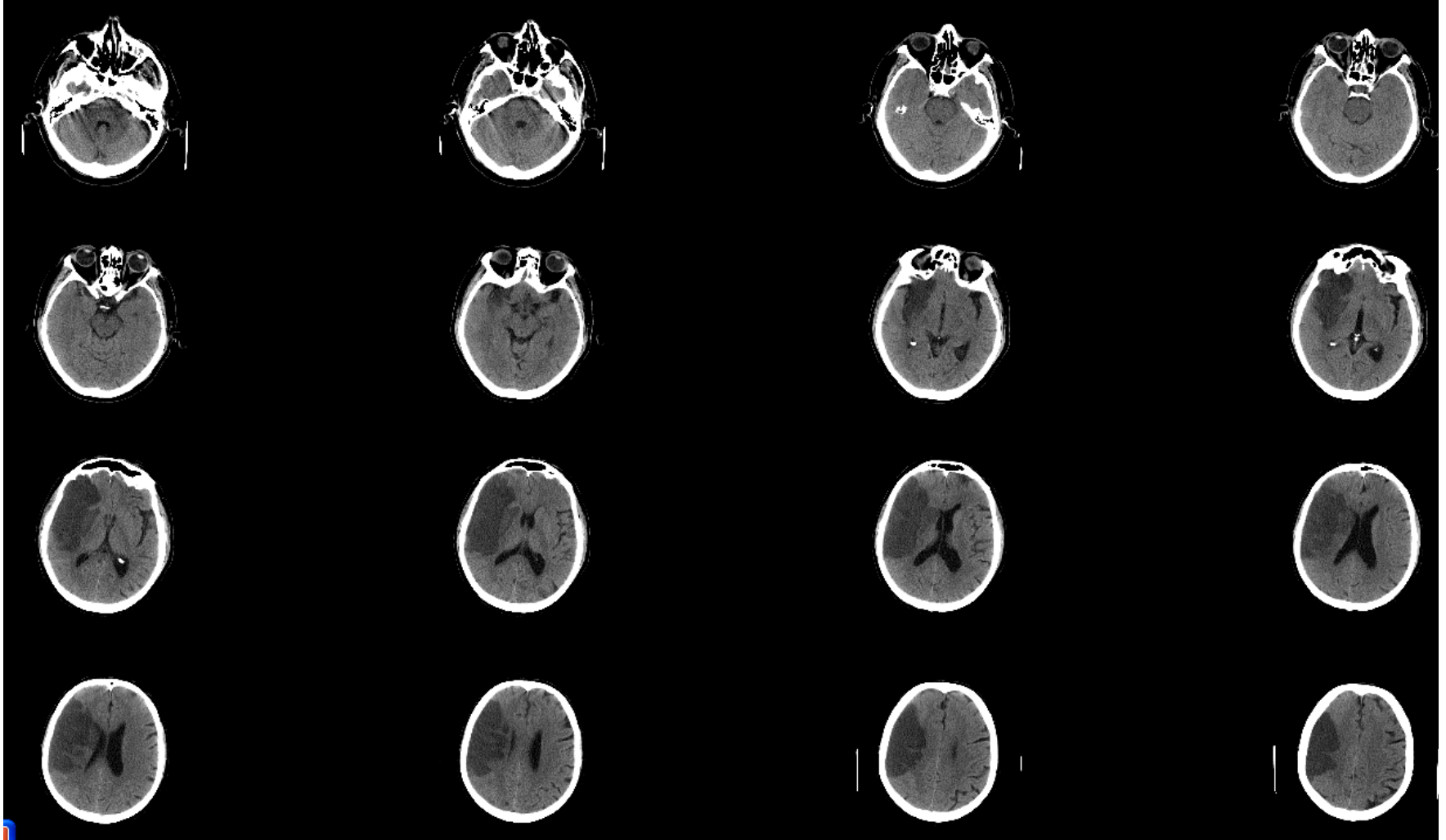


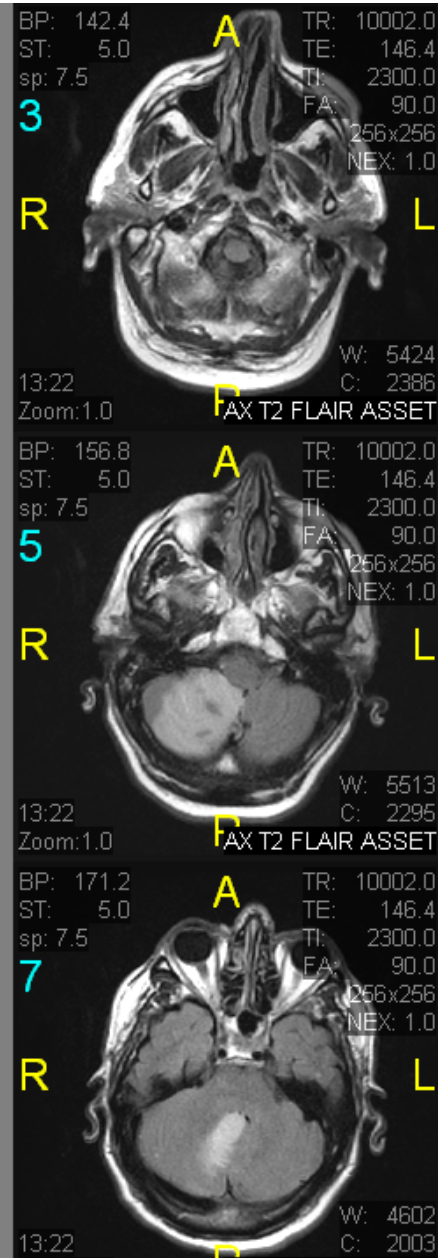
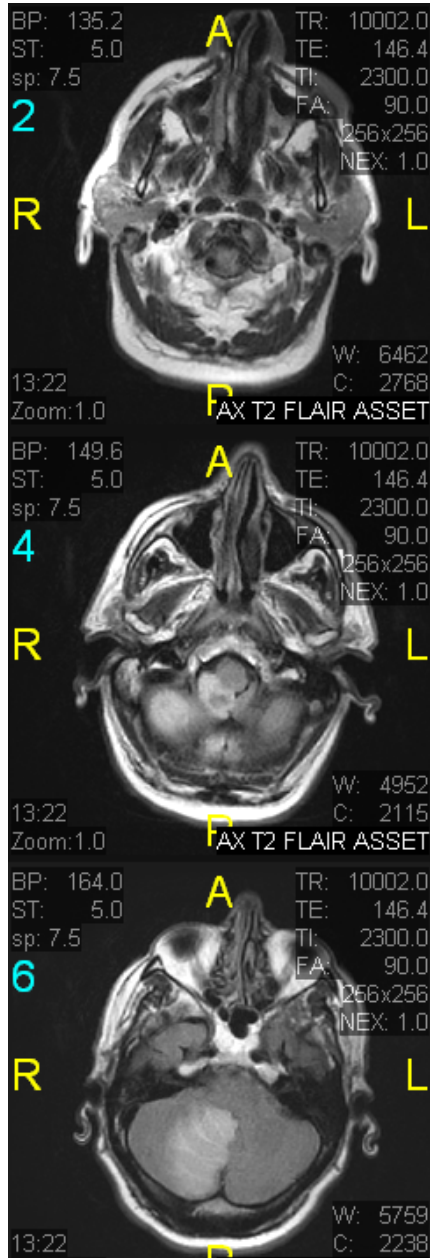
- 1. Ictus isquémico en territorio de ACA izda, en una mujer de 83 años con Ac x FA no descoagulada junto con otros factores de riesgo. Se orienta como de probable origen cardioembólico. La RM confirma la lesión, además de severa atrofia de predominio temporal e insular. Dados los antecedentes y la situación de la paciente se decide mantener antiagregación como prevención secundaria. La paciente ha mejorado ligeramente en cuanto a su focalidad neurológica. En el momento del alta presenta actitud apática, lenguaje hipofluente, y una hemiparesia braquio (1/5 prox, 2/5 distal) crural (2/5) con Babinski derecho. TOAST AVC probablemente cardioembólico , estudio incompleto. NIHSS 11. Rankin 5. Se solicita rehabilitación domiciliaria.

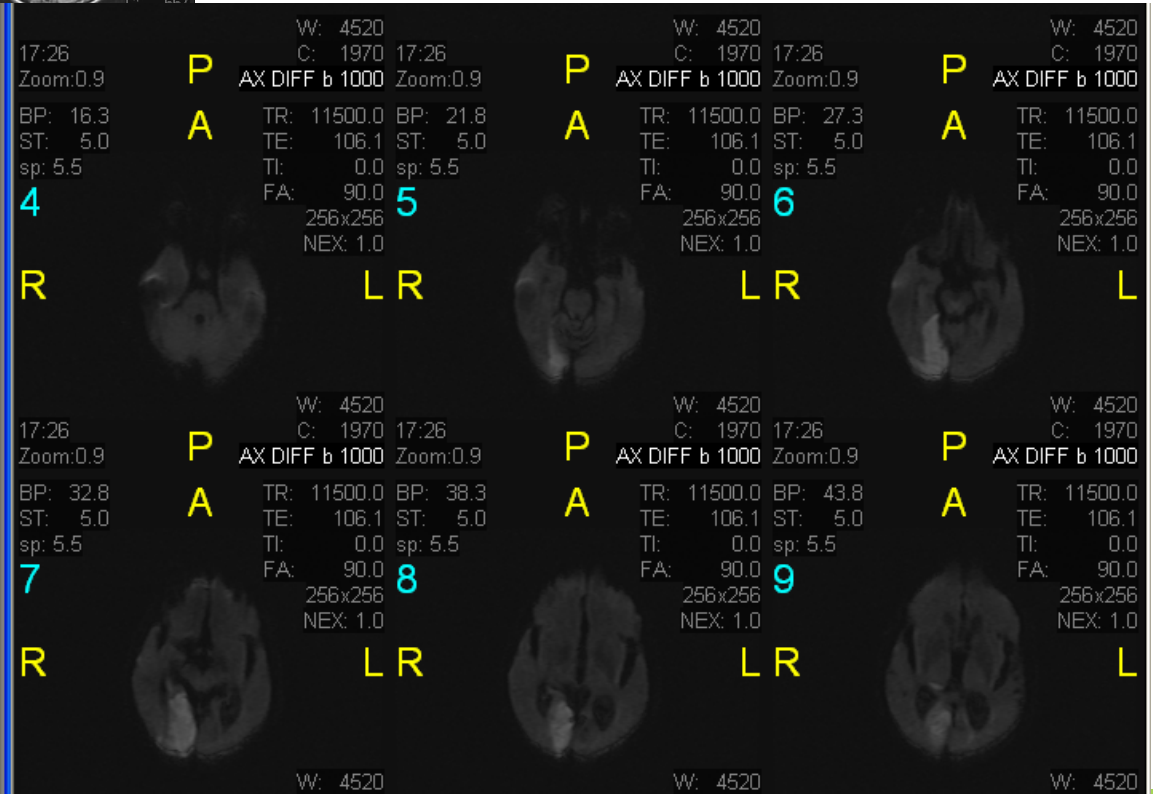
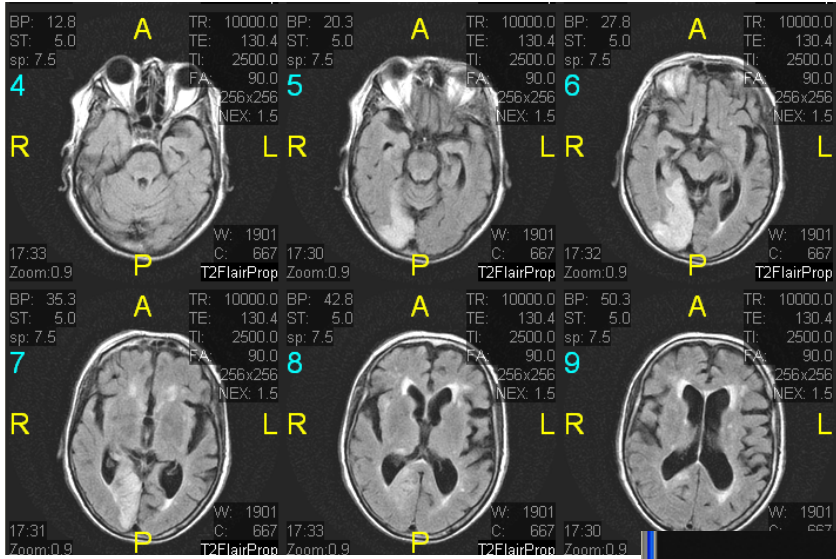
- 4. Retención aguda de orina: la paciente ha presentado retención aguda de orina en el contexto del ictus, precisando sonda vesical, que se debe mantener durante un mes con posterior control por Urólogo de referencia.

Manifestacions clíniques

- Infart de circulació posterior (POCI): alguns dels següents:
 - Afectació ipsilateral de parells cranials amb déficit motor o sensitiu
 - Déficit motor o sensitiu bilateral
 - Alteracions oculomotores
 - Disfunció cerebel·losa
 - Hemianòpsia homònima aïllada



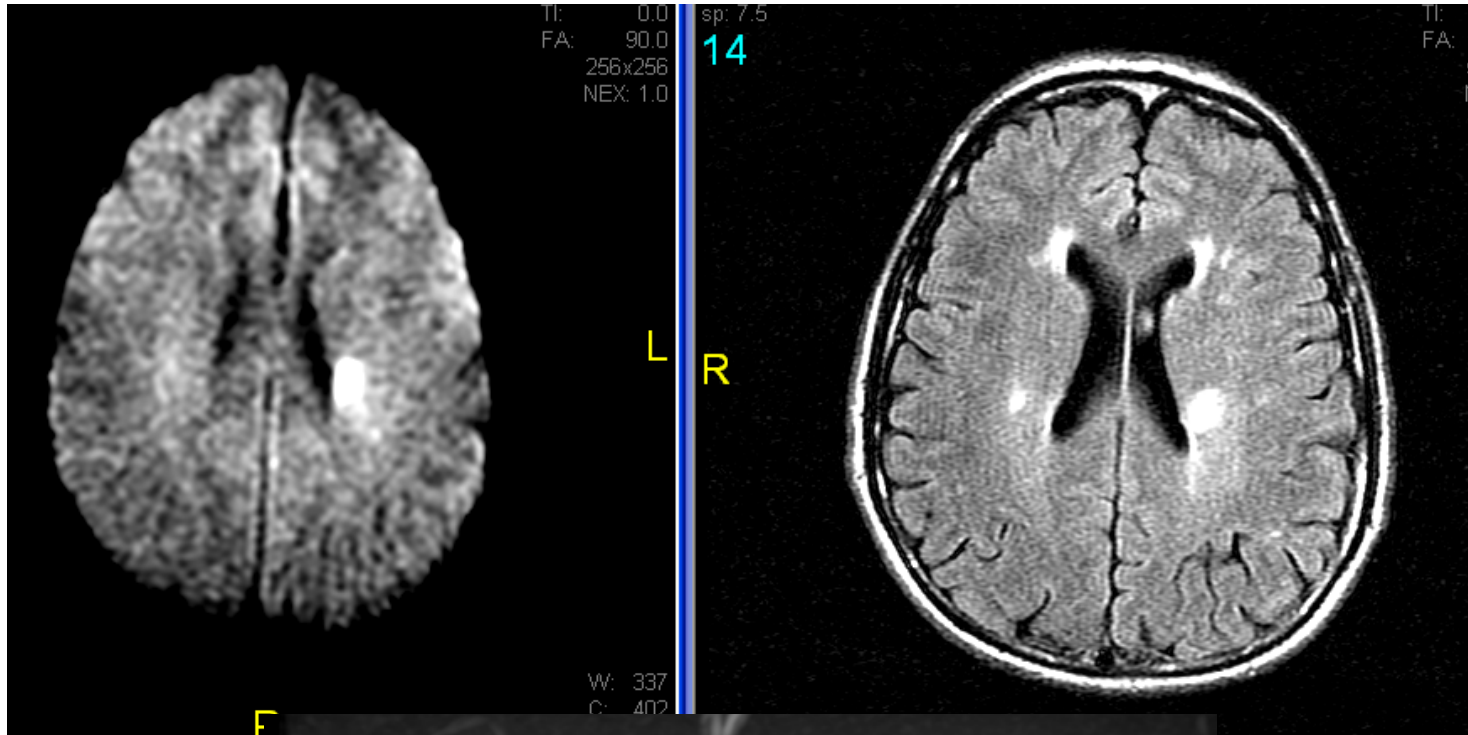




Manifestacions clíniques

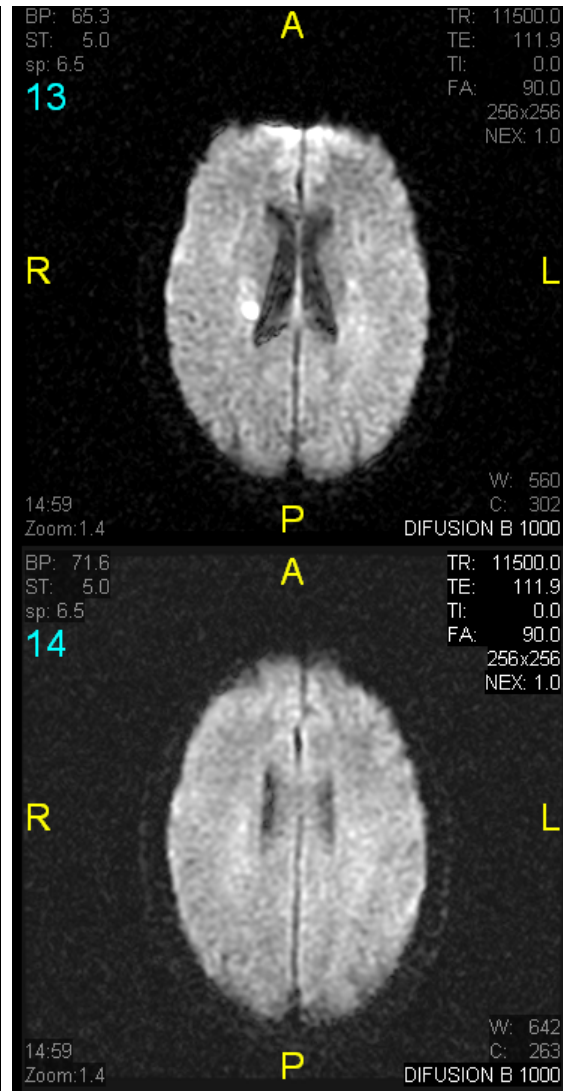
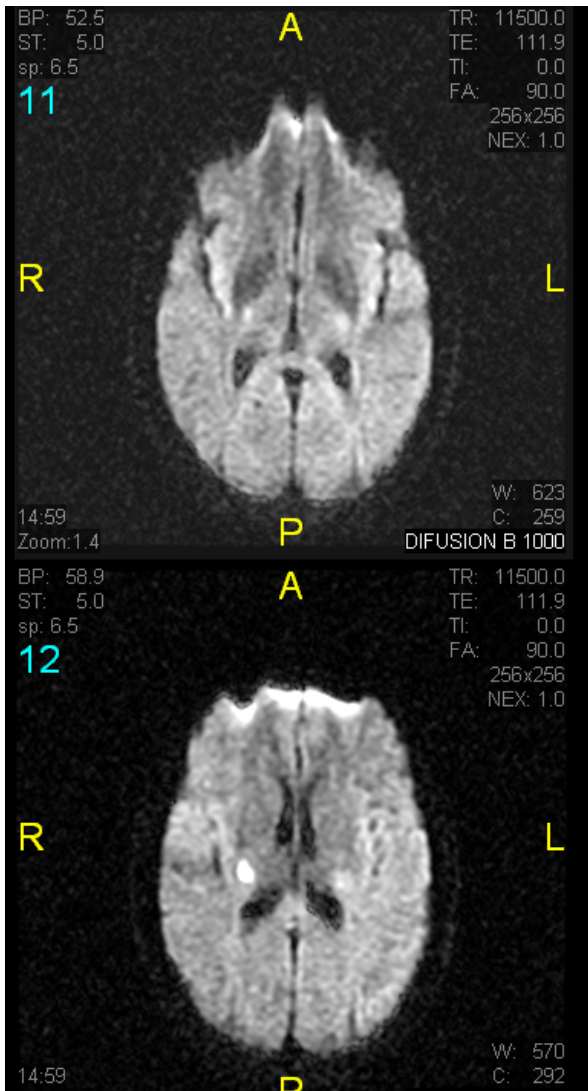
- Infart lacunar (LACI): sense alteracions de funcions superiors amb un del següents:
 - Sd hemimotor pur
 - Sd hemisensitiu pur
 - Sd hemisensitiu
 - Ataxia-hemiparèsia ipsilateral
 - Disartria-mà torpe (feixuga)
 - Atípics: moviments anormals, dismetria aïllada..

Es un infart petit (<2cm), localitzat al territori de les petites arterioles perforants, que ocasiona clínicament un del ssd lacunars



Sd
hemimotor
pur





Sd ataxia hemiparesia

Ictus isquèmic. Clasificacions

- Etiologia
 - *Aterotrombòtic*
 - Cardioembòlic
 - Lacunar
 - Indeterminat
 - Altres...
- Topografia vascular
 - Carotidi
 - Vertebrasilar
 - Frontera
 - venòs

Ictus isquèmic aterotrombòtic

- TOAST: infart amb estenosi superior al 50% d'un gran vas intra o extracranial i absència d'infart en territori vascular diferent
- Lausanne Stroke Registry: estenosi superior al 50% d'un gran vas intra o extracranial ó ateromatosis amb estenosi inferior al 50%, en absència d'una altre causa, amb dos ó més factors de risc
- Por TOAST: 20%
- Por LST: 20-40%
- Estenosi intracranial: <10%

Accident isquèmic transitori (AIT)

- Déficit neurològic causat per isquèmia focal cerebral o retiniana, que no deixa lesió en la neuroimatge
- Generalment la durada és inferior a 1 hora.
- Clàssicament: aquell que durava menys de 24h
- Urgència neurològica!!
- Risc elevat de events vasculars posteriors
- Risc d'íctus: precoç: sobretot primeres 48h i primer mes.
- Diagnòstic: clinic i neuroimatge

AIT

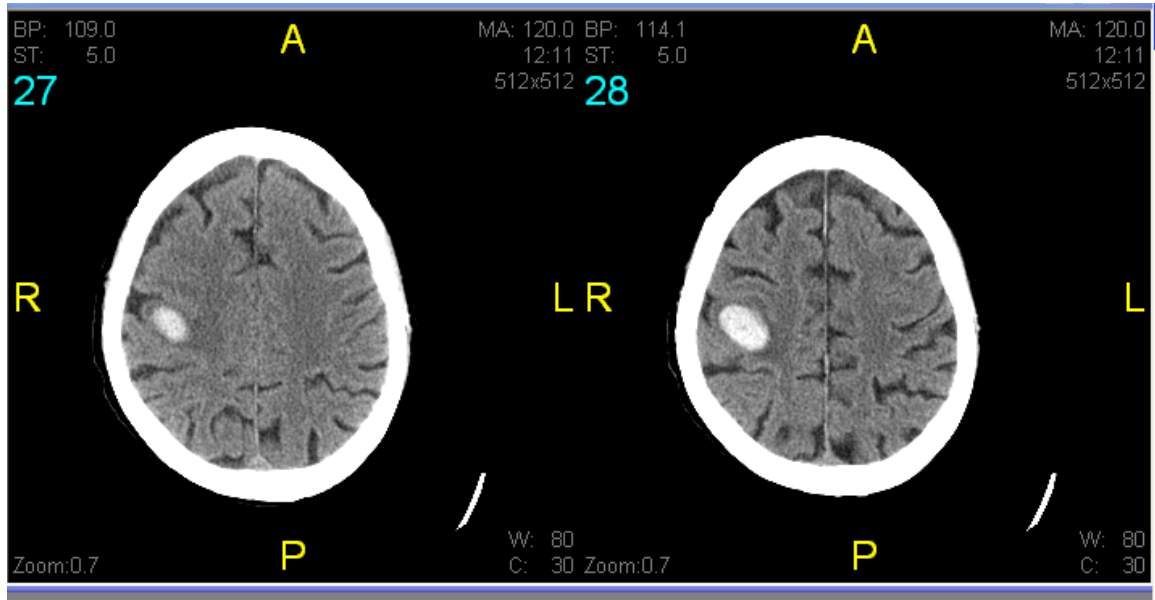
- Amaurosi fugax
- Afàsia
- Déficit visual campimètric o ceguera
- Hemiparèsia, hemihipoestèsia (facial, extremitat, hemicos)
- Ataxia sense vertigen

NO AIT

- Pèrdua coneixement
- Confusió
- Incontinència d'esfínters
- Debilitat generalitzada
- Pèrdua de memòria (amnesia global transitòria)
- Síntomes visuals positius (fosfens)
- Síntomes migratoris al llarg del cos

Ictus hemorràgic

- Sagnat resultant de la ruptura espontània de vasos cerebrals directament al parènquima cerebral
- 10-15% dels ictus.
- L'incidència augmenta amb la edat
- Mortalitat als tres mesos elevades (35-50%). Depèn molt del volum, Glasgow a l'ingrès, edat > 80, implantació ordres no reanimació.
- Entre 20-30 % son independents als 3 mesos
- No tractament específic



Causes d'hemorràgia cerebral

- **Espontània:** HTA, angiopatia amiloidea, ús d'anticoagulants, drogues d'abús, diatèsis hemorràgiques.

- **Secundària:** malformacions vasculars, aneurismes, tumors, infart venòs

Clinica

- Indistingible d'íinfart isquèmic
- Però: vomits, mal de cap, TAS>220, disminució del nivell de consciència→ suggestius d'HIC.
- No donar donç cap antiagregant abans de la neuroimatge.
- Crisis epilèptiques: 2.7-17%

Malaltia vascular cerebral crònica

- Leucoaraiosi:
- Demència d'origen vascular
- Parkinsonisme vascular: Rigideça, bradicinèsia i alteració precoç de la marxa. És generalment simètric, trmolor infreqüent, pobre resposta a levodopa. En general afecta a l'hemicòs inferior, amb neuroimatge compatible
- Epilepsia vascular

www.hospitalplato.com