



DOI: 10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.349-357

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/821>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Reporte de caso

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 349-357



Enfermedad cerebro vascular isquémica subaguda en territorio de arteria cerebral media a propósito de un caso hospital clínica San Francisco

Doença cerebrovascular isquémica subaguda no território da artéria cerebral média: um relato de caso da Clínica Hospitalar de São Francisco

Subacute ischemic cerebrovascular disease in the middle cerebral artery territory in a case report from the San Francisco hospital clinic

Camila Alejandra Oliveros Sandoval¹; Freddy Steven Baldeon Campos²; Antonieta Estefanía Solano Vélez³; Andrea Carolina Zambrano Carrillo⁴

RECIBIDO: 20/02/2022 **ACEPTADO:** 10/04/2022 **PUBLICADO:** 30/05/2022

1. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; cami.oliveros@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-9937-4138>
1. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; Frd.b@me.com;  <https://orcid.org/0000-0001-7352-2529>
1. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; niasolve@outlook.com;  <https://orcid.org/0000-0002-0981-7338>
1. Especialista en Salud y Seguridad Ocupacional; Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; carolina180789@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-0499-6146>

CORRESPONDENCIA

Camila Alejandra Oliveros Sandoval
cami.oliveros@hotmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

El accidente cerebrovascular de causa isquémica ocurre cuando un vaso sanguíneo (arteria) que suministra sangre al cerebro queda bloqueada, ya sea repentinamente o con el tiempo, lo que ocasiona un infarto cerebral. Se presenta caso clínico de paciente de sexo femenino de 81 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y neuritis del trigémino, con cuadro de aproximadamente 3 días anterior al ingreso, sufre desviación de la comisura labial izquierda, poca movilidad del miembro superior e inferior izquierdo, misma que evoluciona a plegia total braquiocrural izquierda, adicional se sumó cefalea holocraneal intensa, luego de la valoración y exámenes complementarios se diagnosticó con enfermedad cerebrovascular isquémica subaguda en territorio de arteria cerebral media lado derecho y evento cerebrovascular isquémico crónico en territorio de arteria cerebral posterior izquierda. Los eventos cerebrovasculares son patologías de un alto riesgo, que está asociada a factores como la edad y comorbilidades como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, que aumentan el riesgo de generarla, las personas que han padecido esta enfermedad se les puede desmejorar su calidad de vida, ya que, dependiendo de la magnitud del evento cerebrovascular, puede derivar en secuelas motoras y del habla, e incluso la muerte. Como siempre en todo evento de salud que pueda ocasionar una complicación, la exploración rápida inicial apoyada con la clínica y exámenes por imágenes es fundamental para el diagnóstico certero y el tratamiento a seguir.

Palabras clave: cerebro, diabetes, isquémico, vascular, arteria.

ABSTRACT

Ischemic stroke occurs when a blood vessel (artery) that supplies blood to the brain becomes blocked, either suddenly or over time, causing a stroke. A clinical case of an 81-year-old female patient is presented, with a history of type 2 diabetes mellitus, high blood pressure and trigeminal neuritis, with symptoms approximately 3 days prior to admission, suffering from deviation of the left lip corner, little mobility of the left upper and lower limb, which evolved into a total left braquiocrural plegia, additional intense holocraneal headache was added, after evaluation and complementary tests it was diagnosed with subacute ischemic cerebrovascular disease in the territory of the right side middle cerebral artery and cerebrovascular event chronic ischemic disease in the territory of the left posterior cerebral artery. Cerebrovascular events are pathologies of high risk, which is associated with factors such as age and comorbidities such as diabetes mellitus and arterial hypertension, which increase the risk of generating it, people who have suffered from this disease can deteriorate their quality of life, since, depending on the magnitude of the cerebrovascular event, it can lead to motor and speech sequelae, and even death. As always in any health event that can cause a complication, the initial rapid examination supported by clinical and imaging tests is essential for an accurate diagnosis and the treatment to follow.

Keywords: brain, diabetes, ischemic, vascular, artery.

RESUMO

O AVC isquémico ocorre quando um vaso sanguíneo (artéria) que fornece sangue ao cérebro fica bloqueado, de repente ou com o tempo, causando um AVC. É apresentado um caso clínico de uma paciente do sexo feminino de 81 anos de idade, com história de diabetes mellitus tipo 2, tensão arterial elevada e neurite do trigêmeo, com sintomas aproximadamente 3 dias antes da admissão, sofrendo de desvio do canto do lábio esquerdo, pouca mobilidade do membro superior e inferior esquerdo, que evoluiu para uma plegia braquiocrural esquerda total, foi acrescentada uma intensa dor de cabeça holocraneal adicional, após avaliação e testes complementares foi diagnosticada uma doença cerebrovascular isquémica subaguda no território da artéria cerebral média do lado direito e uma doença isquémica crônica do evento cerebrovascular no território da artéria cerebral posterior esquerda. Os eventos cerebrovasculares são patologias de alto risco, que está associado a fatores como a idade e comorbilidades como a diabetes mellitus e a hipertensão arterial, que aumentam o risco de gerar, as pessoas que sofreram desta doença podem deteriorar a sua qualidade de vida, uma vez que, dependendo da magnitude do evento cerebrovascular, pode levar a sequelas motoras e de fala, e até mesmo à morte. Como sempre em qualquer evento de saúde que possa causar uma complicação, o exame rápido inicial apoiado por testes clínicos e de imagem é essencial para um diagnóstico preciso e para o tratamento a seguir.

Palavras-chave: cérebro, diabetes, isquémico, vascular, artéria.

Introducción

Anualmente se calcula que aproximadamente 15 millones de personas sufren un ACV y de estos unos 5 millones mueren y otros 5 millones quedan con discapacidad severa. La Organización Mundial de la Salud estima que cada 5 segundos ocurre un ACV en la población mundial. La edad constituye el factor de riesgo independiente más importante, pero no modificable. Se conoce que luego de los 55 años de edad, la tasa de ACV se duplica cada 10 años, por lo que el conocimiento de la magnitud de esta enfermedad es de relevancia para el planeamiento del sistema de salud y distribución de recursos (Clément et al., 2018).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en todo el mundo hay aproximadamente 15 millones de personas que sufren un evento cerebro vascular cada año, así como también casi seis millones de pacientes mueren de apoplejía. A nivel mundial es la segunda causa de muerte en personas mayores de 60 años y es la quinta causa en personas de 15 a 59 años (Curay Macas, 2018).

El accidente cerebrovascular de causa isquémica ocurre cuando un vaso sanguíneo (arteria) que suministra sangre al cerebro queda bloqueada, ya sea repentinamente o con el tiempo, lo que ocasiona un infarto cerebral. Esto puede ocurrir de dos maneras: Se puede formar un coágulo en una arteria cerebral, el cual permanecerá fijo a la pared arterial hasta que adquiera un tamaño lo suficientemente grande como para bloquear el flujo sanguíneo, lo que se conoce como trombosis y produce el accidente cerebrovascular trombocito. O cuando un coágulo de sangre, el cual se forma en otra parte del cuerpo, se libera al torrente sanguíneo y taponar una arteria cerebral. Este coágulo se denomina émbolo, y produce el accidente cerebrovascular embólico. También puede estar provocado por un estrechamiento o estenosis de una arteria por la acumulación de placa y de coágulos de sangre a

lo largo de la pared arterial. Esta estenosis puede aparecer tanto en arterias de pequeño calibre como de gran calibre, por lo que se le llama enfermedad de vaso pequeño o enfermedad de vaso grande. Cuando el accidente cerebrovascular es debido a una enfermedad de vaso pequeño, se desarrolla un infarto muy pequeño, llamado infarto lagunar. En torno a un 80% de todos los Accidentes Cerebrovasculares son de tipo isquémico (Niño Molina, 2018). En cuanto al ictus hemorrágico, se debe a una extravasación de sangre de la cavidad craneal, bien por rotura de capilar venoso o arterial; dentro del hemorrágico podríamos diferenciar: subaracnoideo o intraparenquimatoso (Regueira Senra, 2020).

El evento cerebrovascular se considera como un gran generador de discapacidad, tanto motora como cognitiva, de la población total que la sufre, de un 15 a un 30% obtiene un deterioro a largo plazo, asimismo se ha establecido al ECV como la segunda causa de demencia a nivel mundial. Estos eventos cerebrales pueden desencadenar condiciones secundarias, entre ellos trastornos motores, tónicos, sensitivos, cognitivos y psicológicos. Y con ellos, alteraciones fonoaudiológicas tales como afasias, apraxias, disfagia, disartria, entre otros (Delgado, 2020).

Los tradicionales riesgos cardiovasculares y cerebrovasculares, incluyen fibrilación auricular, edad mayor a 65 años, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, estenosis de la arteria carótida, uso de tabaco, diabetes mellitus e hiperlipidemia. Sin embargo, hay un incremento en la evidencia de que los trastornos del sueño, sobre todo los trastornos respiratorios durante el sueño (TRDS) que incluye en su clasificación diferentes síndromes como el síndrome de apneas hipopneas obstructivas durante el sueño (SAHOS), síndrome de apnea central durante el sueño (SAHC), síndrome de hipoventilación relacionada al sueño (SH), síndrome de hipoxemia relacionada al sueño (SO) y otras variantes respiratorias, aumentan el riesgo

de incidencia, recurrencia y mortalidad de los accidentes cerebrovasculares (ACV) o ictus (Folgueira et al., 2021).

Clínica

En fase aguda se encuentra diferente sintomatología según el tipo de ictus. Por un lado, el ictus hemorrágico muestra una compresión cerebral junto con la pérdida de consciencia, náuseas, aumento de presión arterial y cefaleas. Se puede ver un gran edema, por lo que la intervención precoz médica es importante. El diagnóstico se realiza mediante una tomografía computarizada craneal (TC) y se concluye con una angiografía de troncos e intracraneal o bien un Doppler transcraneal. Se realiza un tratamiento de drenaje junto con una buena medicación intentando una buena reabsorción del del hematoma. Por otro lado, en la fase aguda del ictus isquémico, se puede diferenciar una isquemia focal transitoria (AIT), cuya duración es inferior a 24 horas. No existe evidencia con técnicas de neuro-imagen, presentan un cuadro clínico focal, tales como dificultad para tragar, parálisis facial, habla ininteligible, pérdida de fuerza de un hemicuerpo y mareos no ortostáticos. Este tipo de isquemia son más progresivos en el tiempo, a diferencia del hemorrágico que es más brusco. A pesar de que los síntomas pueden ser transitorios, el déficit de riego del territorio vascular implicará una necrosis tisular de la región afectada. El territorio que más frecuente se afecta es a nivel del hemisferio cerebral izquierdo, provocando las secuelas visibles en el hemicuerpo derecho (Regueira Senra, 2020).

Diagnóstico por imágenes

Tanto la TC como la RM tienen una alta sensibilidad, aunque la RM puede detectar EVC isquémicos aun en fases tempranas, es decir minutos después de haber iniciado la isquemia, así como los localizados en la circulación posterior. La angiografía cerebral, la TC contrastada y la angioRM, permiten la visualización de la circulación intra y extracraneal, lo que puede tener utilidad

terapéutica. Cabe mencionar que la mayoría de los infartos cerebrales ocurren en la ACM (Jaramillo Muñoz, 2021).

La tomografía computada no contrastada (TCNC) se ha posicionado como el método de primera elección para el diagnóstico de EVC isquémico. Nos permite diferenciar el EVC isquémico de un hemorrágico, paso indispensable para el inicio de la terapia, así mismo nos permite descartar las posibles lesiones intracraneales de origen no vascular causantes de la sintomatología. La tomografía cerebral simple ayuda a descartar hemorragias, infartos que involucran un gran volumen cerebral y efecto de masa, por ende, orienta al clínico a decidir el tratamiento más adecuado (Jaramillo Muñoz, 2021).

Tratamiento

El objetivo del tratamiento del ACV isquémico es la preservación de la penumbra isquémica. Estudios experimentales han demostrado que existe una graduación en los niveles de isquemia en un infarto cerebral. Hay áreas centrales gravemente lesionadas porque reciben poco o ningún flujo sanguíneo y se dañan irremediablemente en minutos. Los tejidos que rodean este centro isquémico sufren diversos grados de isquemia, pero pueden ser potencialmente viables si el flujo es restaurado o si eventuales maniobras citoprotectoras fueran empleadas (tratamiento de reperfusión y de citoprotección).

- **Ácido acetilsalicílico:** Es el más antiguo de los antiagregantes plaquetarios y quizá el medicamento con el cual se ha realizado la mayor cantidad de estudios clínicos. El ácido acetilsalicílico (ASA) causa una inhibición no reversible (acetilación) de la enzima plaquetaria llamada ciclooxigenasa, vía inicial de los tromboxanos especialmente de la destinada a producir tromboxano A₂; esta vía inhibe también de manera reversible, la prostaciclina I₂ encargada de impedir que las plaquetas se adhieran a los en-

dotelios (esta doble acción se denomina la paradoja de la aspirina, pues el ideal farmacológico es inhibir el tromboxano A2 sin alterar la síntesis de prostaciclina I2). Existe controversia sobre la dosis diaria de ASA que previene de manera adecuada la recurrencia de ACV. Los autores europeos consideran que dosis bajas desde 75 mg/día hasta 324 mg/día lo logran, mientras la mayoría de autores norteamericanos consideran que la dosis útil no es menor de 1g/día (Muñoz-Collazos, 2020).

- Ticlopidina: Su uso clínico se basa en varios ensayos multicéntricos, de ellos el CAST demostró en 1053 pacientes con ACV menor o lacunar, una reducción del riesgo equivalente a 23,3% tanto en hombres como en mujeres. Un segundo ensayo conocido como TASS comparó la eficacia de la ticlopidina, 250 mg dos veces al día, versus ASA 650 mg dos veces al día, en 3069 pacientes con AIT o ACV menor asignados al azar y seguidos durante tres años; demostraron una reducción de 21% en la presentación de un nuevo ACV fatal. En este estudio también se demostró que cuando se medía el evento clínico final como nuevo ACV o muerte de cualquier causa el efecto de la ticlopidina era 12% mejor que el ASA. Algunos análisis posteriores permitieron demostrar que el mejor efecto de la ticlopidina se conseguía durante el primer año y que en los dos años siguientes las cifras de prevención la acercaban al ASA. Hasta 12% de quienes consumen ticlopidina pueden experimentar diarrea y cerca de 2% experimenta neutropenia con recuentos menores a 1200 células por mm cúbico; por ello se recomienda realizar un cuadro hemático cada dos semanas durante los tres primeros meses (Muñoz-Collazos, 2020).
- Clopidogrel: Es una tienopiridina similar de la ticlopidina que actúa inhibiendo la agregación plaquetaria inducida por el ADP mediante la inhibición selectiva

e irreversible del receptor de ADP, inhibiendo así la activación del complejo GpIIa-IIIb que actúa como el mayor receptor del fibrinógeno en la superficie plaquetaria. Su uso clínico se sustenta en el mayor estudio clínico multicéntrico comparado con ASA realizado hasta el presente en este campo: el CAPRIE. En él se involucraron 19185 pacientes con ACV isquémico reciente, infarto agudo de miocardio (IAM) reciente o enfermedad arterial periférica sintomática. La eficacia se midió luego de tres años (observación mínima de 1,9 años) en la reducción de AVC isquémico, IAM o muerte vascular; se demostró un riesgo anual de 5,32% en quienes recibieron clopidogrel contra un riesgo anual de 5,83% en quienes tomaron ASA; en otras palabras, se produjo una disminución de riesgo de 8,7% a favor del clopidogrel (Muñoz-Collazos, 2020).

- Triflusal: Es un compuesto familiar de los salicilatos que actúa inhibiendo la ciclooxigenasa plaquetaria y la actividad de AMP-cíclico-fosfodiesterasa, no actúa sobre la prostaciclina I2 y en el organismo es metabolizado a HTB (ácido 2-hidroxi-4-trifluorometilbenzoico) que también inhibe la agregación plaquetaria inducida por ADP. Este medicamento ha sido experimentado ampliamente en Europa (España en especial) en enfermedades vasculares y cirugía cardiovascular. En ECV se dispone de algunos estudios clínicos controlados que incluyeron hombres jóvenes con ACV isquémico, demostrando que triflusal, 300 mg tres veces al día, versus ASA 330 mg/día producía una frecuencia de nuevo ACV, de muerte vascular o de cardiopatía isquémica de 19,8% tasa que se elevaba al 28% en el grupo control. En otras palabras, este estudio demostró que el triflusal produce una reducción neta del riesgo de 39% (Muñoz-Collazos, 2020).

Tratamiento del ACV agudo

El diagnóstico preciso y el tratamiento (rápido en horas) es crítico. Todo paciente con isquemia aguda focal transitoria o permanente debe ser admitido para tratamiento hospitalario. En términos ideales, el mejor resultado se obtiene en unidades de cuidado crítico o unidades para ACV en donde la vigilancia médica y de enfermería sea continua. El manejo debe ser individualizado, basarse en una cuidadosa evaluación clínica y radiológica y asesorarse de una historia detallada. Nunca debe obviarse un examen neurovascular. Una TC cerebral inicial es esencial pero no reemplaza un examen clínico preciso (una TC es normal en las primeras horas de un IC por extenso que sea). Conviene obtener: un cuadro hemático completo que incluya conteo de plaquetas y velocidad de sedimentación globular, al igual que determinaciones de glucosa, creatinina, nitrógeno ureico, sodio, potasio, sedimento urinario, electrocardiograma y radiografía del tórax, PT, PTT y algunas veces gasimetría arterial y VDRL. Los lípidos deben evaluarse de manera tardía (Muñoz-Collazos, 2020).

El balance de líquidos y electrolitos debe ser monitorizado estrechamente en los pacientes con isquemia cerebral focal. Niveles elevados de glucosa favorecen el metabolismo anaeróbico con incremento de ácido láctico en el tejido cerebral y acidosis celular secundaria. Se recomienda instalar una línea venosa periférica con solución salina normal, para una infusión de 2000 cc en 24 horas en la mayoría de los pacientes. En infartos extensos o con efecto de masa asociado con edema, puede reducirse el ingreso a 1500 cc/24h. Deben evitarse los líquidos con glucosa especialmente solución glucosada sin electrolitos. El tromboembolismo pulmonar es una complicación común en los pacientes con ACV. En ausencia de medidas profilácticas se desarrolla trombosis venosa profunda en 33 a 75% de los pacientes con hemiplejía densa, y embolismo pulmonar en cuando menos 3% de ellos.

Se recomienda usar medias de compresión graduada, masaje de las piernas por cualquier medio (compresión neumática o manual) movilización temprana y bajas dosis de heparina subcutánea o heparina de bajo peso molecular (Muñoz-Collazos, 2020).

El tratamiento con agentes antitrombóticos es motivo de controversia. Parece mejor indicado en la enfermedad embólica cardiogénica; muchos autores prefieren la anticoagulación con heparina no fraccionada desde las primeras horas de un evento embólico cuando ocurre en paciente con menos de 75 años y la estimación clínica del tejido comprometido sea relativamente menor y esté debidamente controlada la HTA; otros autores prefieren aplazar la anticoagulación formal hasta pasada la segunda semana. El uso de heparina IV parece también indicado en la condición llamada IC progresivo. Dado que la heparina ha sido asociada con sangrado en las zonas previamente isquémicas y con el desarrollo de trombocitopenia, las heparinas de bajo peso molecular están bajo observación con esta indicación con resultados iniciales positivos. Un estudio reciente ha demostrado beneficio con una heparina fraccionada específica (Muñoz-Collazos, 2020).

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 81 años de edad, que llega transferida desde otro centro de salud donde estuvo ingresada desde hace 48 horas, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y neuritis del trigémino, con cuadro de aproximadamente 3 días anterior al ingreso, sufre desviación de la comisura labial izquierda, posterior paciente sufre una caída desde su propia altura percatándose que posterior a eso ya tenía poca movilidad del miembro superior e inferior izquierdo, misma que evoluciona a plejía total braquio cural izquierda, adicional se sumó cefalea holocraneal intensa, al momento de su llegada en ambulancia requirente oxígeno Glasgow 14/15, presión arterial 150/90 frecuencia

cardíaca 78 y frecuencia respiratoria 21.

Diagnóstico de ingreso a UCI 3

- Enfermedad cerebro vascular isquémico subagudo en territorio de arteria cerebral media lado derecho.
- Evento cerebrovascular isquémico crónico en territorio de arteria cerebral posterior izquierda.

Exámenes especiales

- Holter sin pausas mayores de 2.5 segundos (siendo el mayor r-r de 1150 ms) sin trastornos de la conducción AV.

Ecocardiograma

- Función sistólica bi-ventricular conservada
- Miocardiopatía hipertrófica leve
- Disfunción diastólica restrictiva tipo II
- Dilatación bi-auricular leve
- Insuficiencia mitro-aortica y tricúspidea leve degenerativa
- Trombo intraventricular.

Dúplex carotideo

- Hiperplasia miointimal izquierda
- Doppler de vasos carotídeos sin evidencia de estenosis hemodinámicamente significativas

Holter EKG

- Ritmo sinusal durante todo el estudio con un episodio de taquicardia supraventricular autolimitada de 11 latidos
- FC mínima: 60 lpm
- FC máxima: 146 lpm
- Fc promedio: 74 lpm
- EV: 0
- ESV: 78

- Sin pausas mayores de 2.5 segundos (siendo el mayor r-r de 1150 ms)
- Sin trastornos de la conducción av.



Imagen 1. TAC de cráneo.

Fuente: Los Autores.

Observaciones:

- ECV isquémico subagudo ACM derecha
- ECV isquémico crónico ACP izquierdo

Examen físico

Neurológico

Paciente despierto activa vigil orientada, Glasgow 13/15, reflejos troncales presentes, hemiplejía braquiocrural izquierda

Cardiovascular

Hemodinamia estable, TA:130/70, MM HG, FC:74 LPM RS CS rítmicos normales no soplos ni tercer ruido, control de HB 10 PLT 314 Ácido Láctico 3.9.

Respiratorio

Respiraciones espontáneas con buena mecánica ventilatoria, CS PS claros ventilados SPO2:98%

Digestivo

Abdomen RS PS presentes no masas palpables se mantiene dieta enteral, no realiza catarsis en las últimas 24 horas

Renal/Metabólico

Diuresis presente, de 1200cc en 24 horas con azoados UREA 30, CREAT: 0.69 normales, medio interno NA 132, k 4.7.

Infecioso

Afebril con marcadores infecciosos PCR 103, PROCA 0.11, IL 45, GB 10-

Osteomuscular

Extremidades simétricas no signos de ulcera por presión no escara.

Comentarios finales: paciente reportada de grave que se encuentra en cuidado hospitalario el cual ingresa con diagnóstico de evento cerebrovascular isquémico de gran extensión territorio de arteria cerebral media lado derecho, el cual presenta desviación de comisura labial hacia la derecha con hemiplejia braquiocrural izquierda, el cual es valorado por servicio de neurocirugía el cual se estudió con exámenes complementarios sin evidenciar lesiones carotideas y en miembros inferiores. Arteriopatía difusa grado leve/moderado con compromiso distal sin embargo al realizar ecocardiograma se evidencia trombo a nivel del ventrículo izquierdo por lo cual se decide anticoagulación riesgo / beneficio por área de isquemia con posible transformación hemorrágica paciente con buenos resultados a la semana del control del ecocardiograma trombo desapareció y quedo con secuela braquiocrural paciente pasa a sala de hospitalización y posteriormente a domicilio.

Discusión

En el presente caso de estudio concuerda con los análisis aportados por Folgueira et al. (2021), en cuanto a los factores de riesgo que influyen en los eventos cerebrovasculares como los riesgos cardiovasculares

y otros tipos de comorbilidades como la diabetes mellitus y la edad, en nuestro caso paciente de 81 años de edad con antecedentes de hipertensión y diabetes mellitus tipo 2. En cuanto a la clínica los síntomas de esta paciente concuerdan con lo establecido por Regueira Senra (2020), que ingresa con cefalea, comisura labial izquierda, poca movilidad del miembro superior e inferior izquierdo, y diagnóstico de enfermedad cerebro vascular isquémico en ambos lados del cerebro. En cuanto al diagnóstico, los realizados concuerdan con Jaramillo Muñoz (2021), ya que a la paciente se realiza tomografía de cráneo, que concuerda con algunos de los estudios que el autor expone. En cuanto al tratamiento la paciente se le fue administrado anticoagulantes por formación de trombo y posible formación de hemorragia, en este caso este tratamiento concuerda con algunos de los establecidos por Muñoz-Collazos (2020), en su estudio.

Conclusión

Los eventos cerebrovasculares son patologías de un alto riesgo, que esta asociada a factores como la edad y comorbilidades como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, que aumentan el riesgo de generarla, las personas que han padecido esta enfermedad se les puede desmejorar su calidad de vida, ya que, dependiendo de la magnitud del evento cerebrovascular, puede derivar en secuelas motoras y del habla, e incluso la muerte. Como siempre en todo evento de salud que pueda ocasionar una complicación, la exploración rápida inicial apoyada con la clínica y exámenes por imágenes es fundamental para el diagnóstico certero y el tratamiento a seguir.

Bibliografía

Clément, M. E., Romano, L. M., Furnari, A., Abrahín, J. M., Marquez, F., Coffey, P., Rodriguez, L., Carbajal, V., Gonorazk, S., & Ioli, P. (2018). Incidencia de enfermedad cerebrovascular en adultos: estudio epidemiológico prospectivo basado en población cautiva en Argentina. *Neurología Argentina*, 10(1), 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.neu-arg.2017.09.002>

- Curay Macas, T. S. (2018). Complicaciones en pacientes hospitalizados con evento cerebro vascular isquémico [UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL]. http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30539/1/CD_2304-CURAY_MACAS_TONNY_STEVEN.pdf
- Delgado, E. (2020). EVENTO CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO ATEROTROMBÓTICO: ESTUDIO DE CASO. *Universidad Ciencia y Tecnología*, 24(103), 28–34. <https://doi.org/10.47460/uct.v24i103.354>
- Folgueira, A. L., Valiensi, S. M., De Francesco, L., Berrozpe, E. C., Quiroga Narvaez, J., Martínez, O. A., & Bonardo, P. (2021). Trastornos respiratorios durante el sueño en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico. *Revista de La Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 78(3), 264–269. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n3.28102>
- Jaramillo Muñoz, L. Á. (2021). Utilidad de la resonancia magnética para indicación de trombólisis en pacientes con EVC isquémico hiperagudo del CHMH. *CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO*.
- Muñoz-Collazos, M. (2020). Enfermedad cerebrovascular. *Acta Neurológica Colombia*. <http://acnweb.org/guia/g1c12i.pdf>
- Niño Molina, J. (2018). Efectividad de la terapia espejo en pacientes con accidente cerebrovascular. *Revision sistematica [UNIVERSIDAD DE JAÉN]*. https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/7783/1/TFG_NINO_MOLINA_JESUS.pdf
- Regueira Senra, N. (2020). Realidad virtual inmersiva: nodo de la interfaz cerebro-miembro superior hemiparético en el accidente cerebrovascular subagudo [UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA]. https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/38151/Regueira_117580_TFG.pdf?sequence=2&isAllowed=y



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

CITAR ESTE ARTICULO:

Oliveros Sandoval, C. A., Baldeon Campos, F. S., Solano Vélez, A. E., & Zambrano Carrillo, A. C. (2022). Enfermedad cerebro vascular isquémica subaguda en territorio de arteria cerebral media a propósito de un caso hospital clínico San Francisco. *RECIAMUC*, 6(2), 349-357. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(2\).mayo.2022.349-357](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.349-357)