



ICTUS ISQUEMICO SECUNDARIO A DISECCION DE LA ARTERIA CAROTIDA INTERNA (DTACI) EN UN JUGADOR DE RUGBY: A PROPOSITO DE UN CASO EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

D Martín Reyes¹, AF Casas Temprano¹, M Vázquez Mugas¹, R López Piñas², A Borrella Romero¹, J Jiménez Blanco¹,
¹SAMUR-PC Ayuntamiento de Madrid ² SUMMA112 Comunidad de Madrid

INTRODUCCIÓN

A pesar de la baja incidencia de las lesiones postraumáticas de la arteria carótida por traumatismo cerrado (0,08–0,4%) su importancia radica en la elevada morbimortalidad (sobre un 30%) y en las lesiones neurológicas permanentes que ocurren en el 58% de los supervivientes. El infarto cerebral es una complicación de un 80% de las DTACI, constituyendo el 20% de ICTUS isquémicos en adultos jóvenes. Describimos el caso de un jugador de rugby atendido por nuestro servicio de emergencias en el mes de diciembre de 2019.

MÉTODO

Caso clínico.

OBJETIVOS

- Evaluar el manejo del paciente del caso clínico en medio extrahospitalario.
- Definir el perfil del paciente atendido y antecedentes.
- Determinar posibles diagnósticos diferenciales.

RESULTADOS

AP: Varón, 30 años. Sin AP de interés. No RAMC. Deportista. No consumo de tóxicos ni alcohol.

EA: Al finalizar entrenamiento de Rugby sufre pérdida de conocimiento con movimientos tónico-clónicos, cefalea occipital y náuseas. Familiar refiere que sufrió un TCE hace 48 horas en un partido.

EF: GCS 14, bradipsíquico, hemiplejía izquierda, asimetría facial, hemianopsia parcial, disartria, NIHHS=14. Pupilas isocóricas, reactivas. Normoglucémico, normotenso y normoxigenado. Bien perfundido. Auscultación rítmica, sin soplos, MVC. ECG: bradicardia sinusal a 48 lpm.

Actuación: Monitorización, canalización de vía venosa periférica de gran calibre con muestra para analítica e INR (valores normales). Tto. analgésico, protección gástrica y antieméticos, colocación del paciente en posición antitredlemburg a 45°. Escala Madrid Direct>2 con activación Código Ictus (Comunidad de Madrid). Traslado con preaviso a un centro de Intervencionismo. Durante el traslado al hospital presenta mejoría NIHHS=8.

Pruebas diagnósticas: TAC craneal con contraste que objetiva disección de la arteria carótida interna (Imagen 1) y trombo en ACM derecha con obstrucción de la M1.(Imagen 2).

Evolución: se coloca STENT en carótida interna (imagen 3) con trombectomía en arteria cerebral media M1, buen flujo final. A las 24 horas el paciente presenta NIHHS: 2, HDE y debilidad en MSI.



Imagen 1

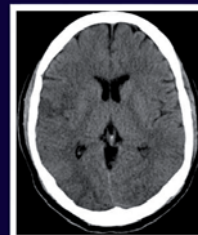


Imagen 2



Imagen 3

CONCLUSIONES

- La DTACI puede cursar con ICTUS isquémicos en adultos jóvenes.
- A pesar de la baja incidencia de las lesiones postraumáticas de la arteria carótida por traumatismo cerrado, se debe sospechar en pacientes que presentan bajo nivel de conciencia o sintomatología de Ictus posterior.

BIBLIOGRAFÍA

1. Redekop GJ. Extracranial carotid and vertebral artery dissection: A review. Can J Neurol Sci. 2008;32:418-24
2. Nedeltchev K, Baumgartner RW. Traumatic cervical artery dissection. Front Neurol Neurosci. 2005;20:54-63.
3. Dharmasaroja P, Dharmasaroja P. Sports-related internal carotid artery dissection; Pathogenesis and therapeutic point of review. Neurologist. 2008;14:307-11