

SMI
BA



**Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires, Instituto
Universitario de Ciencias de la Salud Fundación Barceló,
Facultad de Medicina**

**Curso Universitario Trienal de Clínica Médica - Medicina
Interna, Sociedad de Medicina Interna de Buenos-Aires
Universidad Barceló. 2025**

Directores: Dr. Roberto Reussi / Dr. Miguel Angel Falasco

Subdirectores: Dr. Jorge Mercado / Dra. Viviana Falasco

Secretarios: Dr. Rodolfo Bado / Dra. Silvia Falasco

Vocales: Dr. Rodolfo Maino / Dr. Federico Marongiu / Dra. Ana Matilde Israel

Miembros Honorarios: Dr. Florencio Olmos / Dr. Oscar Canteli

Curso Universitario Trienal de Clínica Médica - Medicina Interna, Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires-Universidad Barceló. 2025

“Preguntas introductorias al Módulo de Neurología” Los 10 Tips mas importantes en patología neurológica

Prof. Dr. Miguel Angel Falasco

Jefe de Docencia e Investigación

Hospital Interzonal de Agudos Pedro Fiorito, Buenos Aires, Argentina

Docente Adscripto Facultad de Medicina, Universidad de Bs. As

Profesor Medicina Interna Facultad de Ciencias Médicas U. Favaloro

Miembro Cuerpo Docente Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires

Proesorero de la Asociación Médica Argentina

Fellow Honorario American College of Phisician

Expresidente de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires (SMIBA)

ExPresidente de la Sociedad Latinoamericana de Ateroesclerosis (SOLAT)

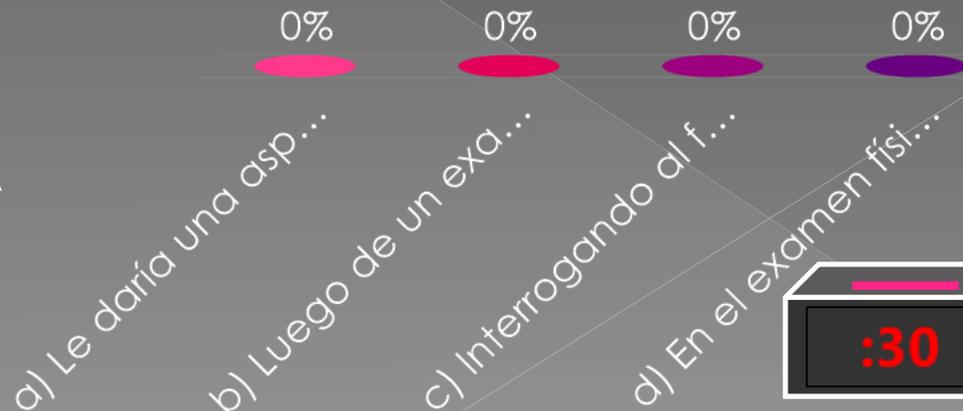
Caso Clínico 1

- 1) Mujer de 68 años que ingresa a urgencias por cuadro de inicio brusco de disartria, asimetría facial y debilidad en hemicuerpo izquierdo de 1 hora de evolución.
Antecedentes: - Hipertensión arterial medicada con enalapril 5 mg..
- Dislipemia. -Sedentaria -Ex tabaquista –Sobrepeso.- Síndrome bipolar.

Ante este cuadro: ¿ cual sería su conducta inicial ?

- a) Le daría una aspirina y la citaría para consultorios externos de neurología.
- b) Luego de un examen físico completo lo ingresa al Shock room, con una alta probabilidad que este cursando un ACV.
- c) Interrogando al familiar refiere que el cuadro apareció luego de una discusión por lo que interpreta que está simulando la paciente y la medica con ansiolíticos y la envía a la casa.
- d) En el examen físico encontró una TA de 155/100 mmHG por lo que decide darle un diurético y enviarla a la casa.

Contador de
respuestas



:30

1. Este caso clínico describe a una mujer de 68 años con síntomas de inicio brusco consistentes con un **accidente cerebrovascular agudo (ACV)**:
2. **Datos clave:**
 - Inicio súbito de:
 - Disartria
 - Asimetría facial
 - Déficit motor en hemicuerpo izquierdo
3. **Tiempo de evolución:** 1 hora
4. **Factores de riesgo:**
 - Hipertensión arterial
 - Dislipemia
 - Sedentarismo
 - Sobrepeso
 - Ex tabaquismo
 - Trastorno psiquiátrico (síndrome bipolar)

Caso Clínico 1

Ingresado al Shock room ¿ cual sería su conducta ?

- a) Le colocaría una vía periférica y le solicitaría un laboratorio.
- b) Le haría un ECG.
- c) Le haría una TAC de cerebro de urgencia.
- d) Todas son correctas

Contador de respuestas

0%

0%

0%

0%

a) Le colocaría una...

b) Le haría un ECG.

c) Le haría una TAC...

d) Todas son correct...

:30

Caso Clínico 1

- **Conducta inicial sugerida:**
- **Activar el protocolo de ACV.**
 - > Tiempo es cerebro: se trata de una urgencia neurológica.
- **Evaluación clínica rápida:**
- Signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación)
- Acceso venoso
- ECG y laboratorio general
- **Solicitar estudios de imágenes urgentes:**
 - > **TC de cráneo sin contraste** para descartar hemorragia.
 - > Si está disponible, considerar angio-TC o resonancia cerebral.

3) Le realizó la TAC de cerebro donde se observa:
Tomografía de cerebro: se observa el Signo de la arteria cerebral media derecha hiperdensa (flecha amarilla).
e hipodensidad cortico-subcortical hemisférica y colapso parcial del ventrículo lateral derecho sugestivo de edema cerebral hemisférico derecho.



¿ Cual sería su indicación?

- A. Le daría una aspirina, estatinas, regular la medicación antihipertensiva y la citaría para consultorios externos de neurología.
- B. La internaría, agregaría aspirina, estatinas y regular la medicación antihipertensiva.
- C. La internaría, le indicaría corticoides y neuroprotectores.
- D. Le indicaría trombosis.

Contador de
respuestas

0%

0%

0%

0%

Le daría una aspirin...

La internaría, agreg...

La internaría, le indi...

Le indicaría trombo...

:30

Caso Clínico 1

- ⦿ Todo paciente con síntomas y signos de menos de 4,5 hs. de evolución, y al que se le haya descartado una hemorragia intracerebral u otras contraindicaciones, debe ser evaluado para tratamiento con activador del plasminógeno tisular recombinante (rt-PA 0,9 mg/kg con un máximo de 90 mg).
- ⦿ No hay hipodensidad extensa que abarque más de 1/3 del territorio de la arteria cerebral media.
- ⦿ Surcos corticales conservados ⇒ no hay edema masivo aún
- ⦿ El tratamiento debe ser iniciado lo antes posible, cuanto antes mayor beneficio, en menores de 80 años, y al que se le haya descartado una hemorragia intracerebral, que no reciban anticoagulantes, sin antecedente de ACV previo y diabetes, sin ACV severo y sin otras contraindicaciones, debe ser evaluado para tratamiento con rt-PA

Caso Clínico 1

- El ataque cerebrovascular (ACV) o Stroke, se define como un síndrome clínico de origen vascular, caracterizado por la aparición de signos y síntomas rápidamente progresivos, debidos a una pérdida de una función focal y que dura más de 24 hs.
- De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud, 15 millones de personas sufren un ACV por año. De éstos, mueren 5 millones y otros 5 millones quedan con una discapacidad permanente.
- Es la tercera causa de muerte y la primera de discapacidad en el mundo.

Caso Clínico 1

- Los ACV pueden ocurrir a cualquier edad, aproximadamente tres cuartos de ellos ocurren en mayores de 65 años y el riesgo se duplica en cada década a partir de los 55 años.
- Entre 80 y 85% de los ACV son isquémicos, mientras que del 10 al 15% restante son hemorrágicos.
- Uno de los principales determinantes de la ocurrencia del ACV es la presión arterial (explicando la mayor parte de su incidencia a nivel poblacional), seguidos en importancia por el tabaquismo, diabetes, ingesta de alcohol y perfil lipídico.

Caso Clínico 2

Paciente masculino de 42 años de edad sin antecedentes de relevancia concurre a la guardia por haberse despertado con una cefalea con dolor intenso retro ocular derecho, con lagrimeo del mismo ojo y congestión nasal. El dolor es insoportable, punzante, agudo y lancinante (como si te estuvieran sacando el ojo). Refiere como antecedente inmediato haber ido a cenar con sus amigos y haber tomado alcohol un poco mas de lo habitual. El paciente estaba normotenso y bradicárdico.

Caso Clínico 2

¿ Cual es su diagnóstico de sospecha?

- a) Una cefalea secundaria a una hemorragia subaracnoidea.
- b) Una cefalea tensional.
- c) Una crisis de migraña.
- d) Una cefalea en racimos.

Contador de respuestas

0%

0%

0%

0%

a) Una cefalea sec...

b) Una cefalea tensi...

c) Una crisis de migr...

d) Una cefalea en r...

:30

Caso Clínico 2

- La **cefalea en racimos** cursa con síntomas autonómicos debilitantes en el trigémino. Suele caracterizarse por dolor unilateral intenso localizado en la primera división del nervio trigémino, síntomas autonómicos y agrupación de síntomas durante un episodio.
- Las cefaleas en racimos o histamínicas, afectan al menos a 1 de cada 1.000 personas.
- Los hallazgos físicos consisten en:
 - Bradicardia.
 - Hiperactividad parasimpática, incluyendo inyección conjuntival, lagrimeo homolateral y congestión o rinorrea.
 - Hipersensibilidad facial y del cuero cabelludo.
- Los pacientes suelen estar muy angustiados. Pueden llorar, gritar, mecerse la cabeza o presionar el lugar del dolor.
- Los ataques suelen ser breves y presentarse con una periodicidad definida, especialmente durante el sueño o a primeras horas de la mañana, coincidiendo generalmente con el inicio del sueño REM
- El alcohol y el tabaco pueden desencadenar un ataque

Caso Clínico 2

- **La cefalea es una de las principales causas de consulta neurológica** y de medicina general, tanto en servicios de urgencias como atención ambulatoria
En términos generales se clasifica a las cefaleas en primarias y secundarias:
- **Cefaleas primarias**, dejan de ser un síntoma ya que constituyen por sí mismas una enfermedad y no se deben a patologías estructurales subyacentes. En esta categoría se incluyen la migraña, la cefalea tipo tensión y la cefalea tipo cluster o en racimos, entre otras.
- **Cefaleas secundarias**, como su nombre lo indica, tienen una causa de base, pueden ser de etiología neurológica (en general de pronóstico más ominoso) como tumores o malformaciones vasculares, o de causa sistémica, que involucran desde síndromes miofasciales cervicales y lesiones dentales hasta cuadros infecciosos sistémicos o metabólicos.



- La **cefalea tipo tensional** es la causa más frecuente de cefalea sin embargo, al ser de intensidad leve a moderada y carecer de síntomas acompañantes, es menos incapacitante y por eso, su consulta médica es más baja que la migraña.
- Se caracteriza por dolor holocráneo, bilateral, carácter opresivo, leve a moderado, sin agravamiento por actividades habituales ni esfuerzo físico. No presenta náuseas ni vómitos pero puede acompañarse sólo de fotofobia o sólo de sonofobia.

Caso Clínico 2

- La **migraña** es la principal causa de consulta en cefaleas debido a su severidad y al compromiso de calidad de vida que produce cada episodio, siendo la segunda en frecuencia, después de la cefalea tipo tensión. Se caracteriza por ser habitualmente de localización hemicránea, severa, carácter pulsátil y acompañada de náuseas, vómitos, sono o fotofobia. Su duración varía de 4 a 72 horas. Es más frecuente en mujeres, especialmente en edad fértil.
- Un 20% se acompaña de un síntoma neurológico o aura, de tipo visual, sensitivo o lenguaje, de 5 a 60 minutos de duración, previo al inicio del episodio de dolor.

Los 10 tips clave de neurología que los médicos internistas deben tener siempre presentes, especialmente útiles en la práctica clínica general y en la atención de urgencias.

- Son consejos prácticos que pueden ayudar a no pasar por alto diagnósticos importantes y a orientar adecuadamente en la atención de los pacientes



1) El examen neurológico es fundamental

Muchas veces, una buena historia clínica + un examen físico detallado dan más información que una resonancia. No subestimar pruebas básicas como los reflejos, el signo de Babinski o el test de Romberg.

2) Prevenir El tiempo es cerebro

En casos de sospecha de **ACV isquémico**, cada minuto cuenta. Si hay déficit neurológico súbito (hemiparesia, afasia, desviación ocular, etc.), evaluar posibilidad de trombólisis.



3) "Dolor de cabeza + signos de alarma" = ¡cuidado!

Cefalea súbita, intensa, "el peor dolor de su vida"

Signos acompañantes: rigidez de nuca, déficit focal, fiebre o alteración de conciencia → puede ser una hemorragia subaracnoidea o una meningitis. Hacer una TAC de urgencia y/o una punción lumbar si está indicado.

4) No todas las convulsiones son epilepsia

Las convulsiones pueden ser provocadas por hipoglucemia, fiebre, alcohol, infecciones, tumores o trastornos metabólicos.

Buscar la causa antes de iniciar antiepilépticos de forma crónica.



5) Pupilas que no mienten

¡Evaluar pupilas en pacientes con deterioro de conciencia!

Pupilas midriáticas fijas = posible herniación cerebral.

Anisocoria

6) Parálisis facial central vs periférica

La parálisis facial central se debe a una lesión en el cerebro o tronco cerebral, mientras que la parálisis facial periférica se debe a una lesión en el nervio facial.

Central: respeta la frente → sospecha ACV.

Periférica (tipo Bell): afecta toda la hemicara).

Diferenciar ambas cambia completamente el enfoque.



7) Signos meníngeos: Muy útiles

Signos de Kernig y Brudzinski siguen siendo buenos aliados cuando se sospecha meningitis.

8) Una marcha dice más que mil estudios

La forma en que camina un paciente puede sugerir parkinsonismo, ataxia cerebelosa, marcha espástica (motoneurona superior), o debilidad distal (neuropatía periférica).

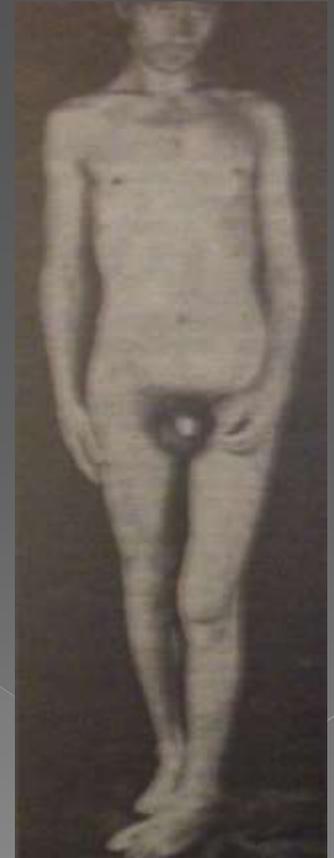
Alteraciones de la Marcha

- Síndrome Piramidal
- Síndrome Extrapiramidal
- Síndrome Cerebeloso
- Tabes dorsal
- Steppage

Marcha Hemipléjica “de Segador”, “en Guadaña”, “Helicopoda” o “de Todd”

Lesión piramidal.

Pierna afecta extendida con circunducción externa y abducción del pie al levantarlo.



Marcha Atáxica “Taloneante”

○ **Marcha tabética**

- Base ancha, “lanza” la extremidad al paso y golpea con el pie, mantiene la dirección.
- Lesión de cordones posteriores.
Tabes dorsal
Proyección, taconeo y retardo



Marcha Parkinsoniana

- Lesión extrapiramidal.

En flexión, echado hacia delante, ausencia de braceo, difícil inicio, “persigue su centro de gravedad”.



Marcha Cerebelosa “de ebrio” o “titubeante”

- **Lesión cerebelosa.**

Base amplia, latero pulsión al lado afecto, brazos en abducción, zigzagante.



Marcha de “Trepador”, “Equina” o de “Gallo”: *Estepage*

- Lesión del ciático poplíteo externo

Se levanta excesivamente la pierna, se extiende el pie el cae de plano.
Polineuropatías.





9) **Visión borrosa repentina + dolor ocular al mover el ojo sospechar una neuritis óptica**

Especialmente en jóvenes, puede ser el primer signo de esclerosis múltiple. Hacer evaluación oftalmológica de urgencia
Considerar resonancia cerebral con contraste.

10) **Nunca minimizar un ACV transitorio**

Los ataques isquémicos transitorios duran poco, pero son un gran aviso de un ACV mayor en las siguientes 48 horas.
Requieren estudio y tratamiento urgente.

Evaluación rápida y efectiva de pacientes neurológicos

- 1 Sospecha de ACV**
 - Tiempo es cerebro
 - Código ictus si hay déficit neurológico súbito
- 2 Examen neurológico completo**
 - Evalúa reflejos, pares craneales, fuerza, coordinación
 - No reemplazarlo por imagen sin motivo
- 3 Cefalea + signos de alarma**
 - ¿Es súbita, intensa, "la peor de su vida"?
 - Considera TAC urgente y/o PL
- 4 Pupilas anormales = emergencia**
 - Midriasis fija, anisocoria + déficit → posible hernia cerebral
- 6 Parálisis facial: central vs periférica**
 - ¿Respeto la frente? → Central (posible ACV)
 - ¿Afecta toda la cara? → Periférica (Ej: Bell)
- 7 Observa la marcha del paciente**
 - Espástica, atáxica, parkinsoniana o en steppage
 - Clave para sospechar tipo de lesión
- 8 Signos meníngeos presentes**
 - Kernig y Brudzinski útiles en sospecha de meningitis
- 9 Visión borrosa + dolor ocular**
 - ¿Empeora al mover el ojo? → Neuritis óptica
 - Pensar en esclerosis múltiple
- 10 Mini ACVs (AITs) no se ignoran**
 - Son predictores de ACV mayor



Muchas Gracias