

PRESENTACIÓN DE CASO

Síndrome hemipléjico

Hemiplegic Syndrome

Enrique Arce Morera,¹ Mirlhe García Rodríguez²

¹Especialista de I grado en Medicina Física y Rehabilitación. Profesor Instructor. Máster en Medicina Bioenergética y Natural en Atención Primaria de Salud. Policlínico Docente "Dr. Tomas Romay". Artemisa. Cuba.

²Licenciada en Enfermería. Profesor Instructor. Máster en Urgencias Médicas. Policlínico Docente "Dr. Tomas Romay". Artemisa. Cuba.

RESUMEN

Se realizó la presentación de un caso de nuestra área de salud que presentó un síndrome hemipléjico provocado por una enfermedad cerebrovascular de etiología aterotrombótica. Confirmado esto por estudio tomográfico (lesión a nivel del brazo posterior de la cápsula interna) y ecografía Doppler (al no detectarse el flujo en la arteria vertebral derecha), se realizó una panorámica descriptiva mediante todo su seguimiento clínico y fisioterapéutico durante 11 meses, constatándose una evolución satisfactoria con recuperación total de su sintomatología y reincorporación sin limitaciones a su actividad socio laboral.

Palabras clave: Síndrome hemipléjico, aterotrombótica, recuperación.

ABSTRACT

It was carried out a case report from our health area that presented a hemiplegic syndrome caused by a cerebrovascular disease of atherothrombotic etiology. This was confirmed by tomographic study (lesion at level of posterior limb of the internal capsule) and Doppler ecography (for not being detected flow in the right vertebral artery). A descriptive overview was performed through all its clinical and physiotherapeutic monitoring for 11 months, observing a satisfactory outcome with complete recovery of their symptomatology and returning to unrestricted social and labor activity.

Key words: Hemiplegic syndrome, atherothrombotic, recovery.

INTRODUCCIÓN

La hemiplejía suele definirse como la parálisis de una mitad del cuerpo,^{1,2} pero en realidad el trastorno corresponde a una perturbación funcional de la actividad de los músculos del lado opuesto al hemisferio cerebral afectado, ya que no toda la

musculatura se afecta por igual, sino que predomina el fallo de unos músculos sobre otros.³ Una causa frecuente de hemiplejía son los accidentes vasculares cerebrales (asociados a la hipertensión o la diabetes mellitus). Otras causas son los traumatismos craneales, los tumores cerebrales, la encefalitis, la esclerosis múltiple, las complicaciones de la meningitis o un trastorno de conversión (forma de trastorno psicológico).⁴⁻⁷ Su tratamiento se orienta a la causa subyacente y se complementa con fisioterapia, con el fin de ejercitar los músculos inactivos. El pronóstico del paciente dependerá de las posibilidades de tratamiento de la causa subyacente y de su motivación para recuperarse.⁸⁻¹⁰

La siguiente presentación se trata de un paciente perteneciente a nuestra área de salud portador de un síndrome hemipléjico por un accidente cerebrovascular establecido y confirmado por tomografía axial computarizada que con un tratamiento fisioterapéutico adecuado tuvo una evolución favorable.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 51 años de edad, del sexo masculino, raza blanca, fumador crónico, el 27 de agosto del 2007 presentó lenguaje incoherente y disminución progresiva de la fuerza muscular en el miembro superior e inferior izquierdo. Ingresado durante 10 días en el Hospital "Salvador Allende" de Ciudad de La Habana, al alta se concluyó como una Enfermedad cerebrovascular por isquemia aterotrombótica con indicaciones médicas y recomendaciones fisioterapéuticas.

Tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo: (cortes en MIP y MPR) pequeña área hipodensa en región temporal derecha próximo al brazo posterior de la cápsula interna.

Ecografía Doppler. Vertebral y carotideo: no se pudo detectar el flujo en arteria vertebral derecha. Arteria vertebral izquierda permeable con hemodinámica normal. (Tomado de la Historia Clínica # 1891 archivo comisión de peritaje médico municipal).

Evolución clínica-fisiátrica

1ra consulta: sept.14/2007: fase hemipléjica. Se impuso tratamiento fisioterapéutico de acuerdo a su estado de invalidez. 2da consulta: oct.12/2007: (un mes de tratamiento). Continúa fase hemipléjica, miembro superior motilidad parcial de los dedos de la mano izquierda, paresia de los movimientos del miembro inferior. 3ra consulta nov. 15/2007 (dos meses de tratamiento) fase de hemiparesia del miembro superior, se adecuó el tratamiento. 4ta consulta: enero 10/2008 (cuatro meses de tratamiento) fase con signos neurológicos mínimos. Tiene motilidad completa del miembro superior izquierdo, con disminución global de la fuerza muscular, marcha sin alteración. 5ta consulta agosto 4/2008 (once meses de tratamiento) diagnóstico: A.V.E. remisión total de los síntomas tanto

subjetivos como objetivos. Recomendaciones terapéuticas: seguimiento médico periódico, abolición del factor de riesgo (tabaquismo), actividades físicas sistemáticas en gimnasio terapéutico. Se expidió valoración fisiátrica para la comisión de peritaje médico con la ausencia de signos invalidantes y posible aptitud laboral a su puesto de trabajo

COMENTARIOS

Si consideramos estudios retrospectivos (Brunnstrom,2002) las secuelas motoras o sensitivas, aunque mínimas en casi la totalidad de los casos con hemiplejía, permanecieron durante más tiempo y en los estudios con seguimiento de los casos tratados en nuestra área de salud en el año 2007, donde de los 9 pacientes hemipléjicos, 3 fallecieron y el resto permanecieron al cabo de un año en iguales condiciones de toma motora, mostrando esto una catástrofe clínica: existe un contraste con la evolución de nuestro paciente en este tiempo relativamente corto, su buena evolución en que se consideraron varios factores como la ausencia de antecedentes patológicos personales (solo la historia de fumador crónico), la edad relativamente joven y la instauración de un tratamiento de rehabilitación en la fase mediata de su enfermedad (antes de 21 días después del alta hospitalaria), se consideró un pronóstico favorable.

Por lo que se puede concluir en este caso, dada su satisfactoria evolución clínica, que ello no fue producto de un proceso de rehabilitación, sino de una *recuperación* del estado invalidante de su enfermedad por la incorporación socio-laboral a su puesto de trabajo sin limitaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bobat BF. Hemiplejía del adulto: valoración y tratamiento. Buenos Aires: Panamericana; 2004.
2. Bobath B. Abnormal postural reflex activity causea by brain lesions. En: Heinemann W. Medical Books. Argentina: Panamericana; 1968.p.23-9.
3. Rodríguez Rueda JM, Polanco Rodríguez F, Olivera Bacallao LO, Pérez Chávez JL, Fabelo Mora CJ, Rodríguez González I. Comportamiento de la enfermedad. cerebrovascular en un período de 2 años. Revista Cubana de Medicina Militar (periódica en línea). 2006;35(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol35_4_06/mil03406.htm Acceso: 24 noviembre 2009.
4. Rodríguez Mutuberría L, Serra Valdés Y, Pérez Parra S, Palmero Camejo R. La espasticidad como secuela de la enfermedad cerebrovascular. Revista Cubana de Medicina (periódica en línea). 2004;43(2-3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000200008 Acceso: 2 agosto 2005.
5. Arboix AL. Enfermedades que simulan ataques isquémicos transitorios. Neurología. 2002;17(7):353-4.
6. Coll Costa JL. Rehabilitación de pacientes hemipléjicos: propuesta de clasificación de los estadios o etapas de la hemiplejía en la rehabilitación

- física de pacientes con ictus. (en línea) Disponible en: <http://www.diproredinter.com.ar/articulos/reabilitahemi.html> Acceso. 20 junio 2005.
7. Carvalho AC, Vanderlei LC, Bofi M, Tânia C, Pereira JD, Nawa S, et al. Projeto Hemiplegia – Um modelo de fisioterapia em grupo para hemiplégicos crônicos. Arq Cienc Saúde (periódica en línea). 2007;14(3) Disponible en: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-3/IIIDDD216.pdf Acceso: 25 febrero 2010.
 8. Vaz Alvarenga DV, Fernández Mancini R, Cotta Pinto M, Furtado Da Silva T, Cavalcanti Tirado SR, Guimarães Assis M. Terapia de movimiento induzido pela restrição na hemiplegia: um estudo de caso único. Fisioter Pesqui (periódica en línea). 2008;15(3) Disponible en: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/fpusp/v15n3/14.pdf> Acceso: 29 enero 2010.
 9. Armenta Peinado JA .Contribución del método Brunnstrom al tratamiento fisioterápico del paciente hemipléjico adulto. Fisioterapia. 2003;25(1):40- 8.
 10. López Muñoz P, Pacheco Dacosta S, Torres Costoso AI. Guía de evaluación y planificación de tratamiento para pacientes con hemiplejia. Fisioterapia. 2003; 25(1):24-33.

Recibido: 16 de diciembre de 2010.

Aprobado: 27 de enero de 2011.

Enrique Arce Morera. Especialista de I grado en Medicina Física y Rehabilitación. Profesor Instructor. Máster en Medicina Bioenergética y Natural en Atención Primaria de Salud. Policlínico Docente "Dr. Tomas Romay". Artemisa. Cuba. E-mail: earce@infomed.sld.cu