



160/1260 - ¿QUÉ PUEDE ESCONDER UN VÉRTIGO?

P. Suñer Díaz^a, F.J. Arribas Aguirregaviria^b, J.R. Jiménez Redondo^b y M. Tavarez Santana^c

^aMédico Residente de 4º año. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Azuqueca de Henares. Guadalajara. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Azuqueca de Henares. Guadalajara. ^cMédico Residente de 3º año. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 41 años sin antecedentes de interés que consulta repetidamente por cuadro de mareo, náuseas y vómitos, con sensación de giro de objetos durante 2 meses, es diagnosticada como vértigo periférico y con resolución parcial con medicación habitual para este cuadro. En uno de los episodios sufre TCE tras caída y es derivada a estudio por Neurología, se le diagnostica cuadro cerebeloso-vestibular. Ha sido infructuosa hasta la fecha la localización de neoplasia responsable de la patología neurológica. La paciente sufre importante afectación 2ª a la patología cerebelosa residual.

Exploración y pruebas complementarias: Al inicio del cuadro sin hallazgos, salvo nistagmo horizontal con fase rápida hacia la izquierda. En Neurología: diplopía, nistagmo horizontal y vertical inferior, Hemihipoestesia táctil-algésica de todo el hemicuerpo derecho que incluye cara. ROTs hipoactivos de forma global. Aumento de la base de sustentación. Marcha imposible sin apoyo. Laboratorio: hemograma, coagulación, bioquímica y marcadores tumorales sin hallazgos patológicos. ACs anti Yo (+) en suero y LCR. TAC cerebral y de peñascos: normal. RM craneal: sin hallazgos significativos. TAC tórax/abdomen/pelvis: pequeños nódulos subcentimétricos periféricos en LLII de ambos pulmones. Broncoscopia: citología benigna. Mamografía bilateral: no se observan lesiones de malignidad. BIRADS 2. Eco TV y ABD: aparato genital interno ecográficamente normal. No patología tumoral ginecológica demostrable. Colonoscopia: hemorroides externas e internas grado I. Colon normal. Gastrosocopia: gastritis erosiva. Autoinmunidad: sin hallazgos patológicos. PET-TAC: sin evidencia de enfermedad macroscópica maligna, desde el punto de vista metabólico, al menos de alto grado.

Juicio clínico: Cuadro cerebeloso-vestibular agudo-subagudo con Acs anti Yo (+) en suero y LCR, sin evidencia de neoplasia demostrada.

Diagnóstico diferencial: Vértigo periférico, cerebelitis postinfecciosa aguda, tumores de la fosa posterior, lesiones vasculares (infarto o hemorragia cerebelosa secundaria a malformaciones arteriovenosas o alteraciones de la coagulación), malformaciones cerebelosas (Dandy, Walter, Arnold-Chiari, Enfermedades cerebelosas: Ataxias heredo degenerativas (Friedrich, ataxia telangiectasia, enfermedad de Ramsay-Hunt, atrofia olivopontocerebelosa, krabbe), alcoholismo, síndrome paraneoplásico.

Comentario final: Ante un paciente con un cuadro de vértigo que se cronifica en el tiempo es importante una re-evaluación a pesar de que haya tenido una buena respuesta al tratamiento, como hemos visto en el caso clínico presentado, puede haber una patología grave “enmascarada” en el cuadro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Paradinas M, Pulido Fonseca N, Rivera Rodríguez T. Mujer de 35 años que acude a Urgencias por mareo vertiginoso, náuseas y vómitos. *Medicine*. 2011;10:6219.e1-e4.
2. Trinidad Ruiz G, Pons García MA, Trinidad Ruiz G, et al. Vértigo posicional. ¿Síntoma, signo o enfermedad? *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2008;59:21-9.
3. Benavides Moraz MJ, Fernández de Retama E, Tundidor Sarasa N. Vértigo central o periférico. *FMC. Form Med Contin Aten Prim*. 2008;15:113.