



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/2411 - PRIMERAS IMPRESIONES

G. Alonso Sánchez<sup>a</sup>, M.J. Fernández Rodríguez<sup>a</sup>, M.M. de la Torre Olivares<sup>a</sup>, P. Rodríguez Lavado<sup>b</sup>, T.R. Álvarez Balseca<sup>a</sup>, A. Egea Huertas<sup>b</sup>, C. García-Giralda Núñez<sup>a</sup>, E. Pérez Pagán<sup>b</sup> y F.J. Fernández Valero<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Caravaca de la Cruz. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Calasparra. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón 67 años, con antecedentes de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo II, dislipemia e hiperuricemia, en tratamiento crónico con atorvastatina, furosemda, metformina, olmesartan/hidroclorotiazida y alopurinol. Consulta por mareo con sensación de giro de objetos, que empeora con los movimientos y le impide la bipedestación, acompañado de náuseas y cefalea holocraneal, sin vómitos ni dolor torácico. Por antecedentes de vértigos periféricos previos y clínica similar, se trata inicialmente con sulpirida.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, normohidratado y normocoloreado, eupneico y afebril. TA: 183/92. A la exploración neurológica: consciente y orientado, repite y nomina, disartria fluctuante. Pares craneales centrados y simétricos. Dismetría dedo-nariz en miembro superior derecho y talón-rodilla derecha. No hemianopsia ni movimientos oculares anormales. Imposibilidad de valorar la marcha por incapacidad para ponerse de pie. Auscultación cardiopulmonar rítmico y sin soplos audibles, pulmones ventilados sin ruidos patológicos. Abdomen globuloso, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores sin edemas. Tímpanos normocoloreados sin tapones. Hemograma: dentro de los parámetros de la normalidad. Bioquímica con iones y función renal normal. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 80 lpm, sin alteraciones en la repolarización. TAC craneal: atrofia y leucoaraiosis.

**Juicio clínico:** Infarto cerebeloso derecho.

**Diagnóstico diferencial:** Vértigo periférico, enfermedad de Meniere, patología vascular del territorio vertebro-basilar, tumores cerebrales.

**Comentario final:** En este caso, inicialmente desde triaje se trató el mareo como vértigo periférico, por los antecedentes de vértigo en el paciente y la descripción del mismo. Pero tras una sencilla exploración neurológica, se detectó una notable dismetría por lo que se realizó TAC craneal ante la sospecha de ictus isquémico por los múltiples factores de riesgo cardiovascular y quedó ingresado a cargo de Neurología para pruebas complementarias. Finalmente se halló en RMN infarto de fosa posterior derecha. Por ello, ante un paciente con clínica de mareo, que presente elevado riesgo cardiovascular, no debemos guiarnos por primeras impresiones, sino complementar las exploraciones, inicialmente la exploración neurológica básica, al alcance de cualquier médico de atención primaria.

## **Bibliografía**

1. Jiménez Murillo L, Montero FJ. Pérez Medicina de urgencias y emergencias, 4ª ed.
2. Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de actuación en Urgencias, 3ª ed.

**Palabras clave:** *Ictus. Cerebelo. Factores de riesgo.*