



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3274 - VÉRTIGOS

M.J. Jurado Mancheño^a, Á. Alías Martínez^b, M.Á. Fandiño Márquez^c, A.M. Aragón Merino^d, M. Turégano Yedro^e, J.C. Romero Vigará^f, B. Ramos Guzmán^c, E. Vera Romero^e y L. Peña Isorna^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aldea Moret. Cáceres. ^bMédico de Familia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manuel Encinas. Cáceres. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Cáceres. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Jorge. Cáceres. ^fMédico de Familia. EAP Trujillo. Cáceres.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 25 años amigdalectomizada, sin otros antecedentes de interés, que acudió a Punto Atención Continuada por cuadro de mareo con sensación de giro de objetos, de inicio agudo, acompañado de un episodio de vómitos sin productos patológicos y náuseas. No refirió otra sintomatología acompañante. Se le realiza maniobra de Dix-Hallpike y tras sus resultados, la maniobra de Epley y tratamiento sintomático con mejoría. Se procede al alta para control por su médico de atención primaria.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración general resultó anodina. A la exploración neurológica no se objetivaron signos de focalidad aunque presentó marcha inestable acompañado de test de Romberg con caída hacia lado derecho y test de los Índices de Barany con idéntica desviación. Se realizó maniobra de Dix-Hallpike con aparición de nistagmus rotatorio hacia la derecha y vertical hacia arriba.

Juicio clínico: Vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB).

Diagnóstico diferencial: Ante un episodio de vértigo lo primordial es diferenciar entre etiología central o periférica, para ello es fundamental realizar una exploración neurológica exhaustiva. Entre las patologías que se debe realizar diagnóstico diferencial con VPPB son el ortostatismo, accidente isquémico transitorio, tumores de fosa posterior, esclerosis múltiple, hemorragias cerebelosas, neuritis vestibular y vértigo de origen cervical.

Comentario final: La primera dificultad que se plantea ante un episodio de vértigo es la anamnesis. Los pacientes describen su sintomatología como mareo, inestabilidad, vahído, inseguridad en la marcha, lo que dificulta la orientación diagnóstica. Lo fundamental es la diferenciación entre vértigo de origen central o periférico, para ello el médico de atención primaria debe realizar una exploración neurológica correcta. Cabe destacar la importancia que ante un episodio de vértigo tienen las pruebas de provocación, que nos orientan al diagnóstico y las maniobras de reposicionamiento como tratamiento eficaz.

Bibliografía

1. Amor Dorado JC, Castiñeira Perez C, Costa Ribas C. Vértigo posicional paroxístico benigno. Guías Clínicas. 2004;4(14).
2. Arístegui Ruiz M. Estado actual del tratamiento quirúrgico del vértigo. Rev Med Univ Navarra. 2003;47:64-71.
3. Baloh RW. Clinical practice. Vestibular neuritis. N Engl J Med. 2003;348:1027-32.

Palabras clave: *Vértigo posicional paroxístico benigno. Maniobra de Dix Hallpike. Maniobra de Epley.*