



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1848 - APARENTE VÉRTIGO PERIFÉRICO ORIGINADO POR UN ICTUS CEREBELOSO

P. Chico Nieto-Sandoval<sup>a</sup>, C. Flores Rivera<sup>a</sup>, C. Cestero Venegas<sup>a</sup>, M. Barranca Escobar<sup>d</sup>, J.C. Risco Solanilla<sup>b</sup>, M.Á. Dorado Muñoz<sup>c</sup>, Á.M. Berrocal Acevedo<sup>d</sup>, A. Simón Fuentes<sup>a</sup>, M.T. López Rico<sup>a</sup> y A. Botejara Sanz<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Santa Amalia. Badajoz. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Jerez de los Caballeros. Badajoz. <sup>d</sup>Médico de Familia. PAC Alconchel. Badajoz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 52 años, fumador de 20 cigarrillos al día, portador de VIH y hepatitis C, en tratamiento con quimiorradioterapia por carcinoma epidermoide de seno piriforme derecho. Acude a urgencias por presentar vértigos con sensación de giro de objetos y astenia de varios días de evolución, visto en urgencias los días previos, siendo diagnosticado de vértigo periférico y tratado con sulpiride y diazepam. No otros síntomas.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física presenta regular estado general, somnoliento en consulta, con Glasgow 11/15 (O3/V4/M4), pupilas mióticas y normorreactivas, nistagmo vertical y adenopatías palpables laterocervicales. Resto de exploración sin hallazgos. La analítica, ECG y Rx de tórax fueron normales. En el TAC de cráneo evidenciamos infarto cerebeloso del territorio de PICA izquierda con importante hidrocefalia triventricular.

**Juicio clínico:** Ictus cerebeloso.

**Diagnóstico diferencial:** VPPB, glioblastoma, isquemia del troncoencéfalo, ACV, ateromatosis vértebrobasilar, otros tumores del troncoencéfalo, esclerosis múltiple, enfermedad de Ménière, meningitis, encefalopatía de Wernicke, migraña, hematoma subdural, encefalitis, laberintitis, anemia aguda, intoxicación por monóxido de carbono.

**Comentario final:** Se inicia tratamiento con manitol y dexametasona y se traslada a neurocirugía donde colocan drenaje ventricular externo de urgencia. Tras estabilización quirúrgica, se traslada a neurología donde se completa estudio con TAC de cráneo, TAC de las arterias supraaórticas, RMN craneal con diagnóstico de Ictus isquémico tipo POCI izquierdo (cerebeloso izquierdo) en el territorio de la PICA izquierda, oclusión de la arteria vertebral izquierda e hidrocefalia obstructiva aguda. Evolución favorable, siendo alta sin problemas deglutorios tras abandono del hábito tabáquico. Recordar la importancia de la clínica del paciente y una buena exploración desde atención primaria para llegar a la sospecha del diagnóstico de manera temprana y conseguir un tratamiento precoz.

### Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Guía diagnóstica y protocolos de actuación: Medicina de Urgencias y Emergencias, 5ª ed. Madrid: Elsevier, 2014:387-96.

**Palabras clave:** *Nistagmo vertical. Vértigo. Somnolencia.*