



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/922 - DOCTOR, TENGO "MAREOS": EL RETO AL QUE TODO MÉDICO DE FAMILIA SE ENFRENTA DIARIAMENTE Y QUE PUEDE DEPARAR SORPRESAS INESPERADAS

R. San Rafael Ibáñez^a, A. de Gouveia Franco^b, B. Lafuente González^c y M. de la Poza^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carles Ribas. Barcelona.

^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Montcada i Reixac. Barcelona. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Carles Ribas. Barcelona.

^dMédico especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Carles Ribas. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 77 años que acude a la consulta de Atención Primaria (AP) por episodios de inestabilidad durante el último mes, de comienzo brusco y que ceden espontáneamente en menos de una hora. Se acompañan de náuseas y diaforesis. Niega alteraciones en el nivel de conciencia, otras focalidades neurológicas o algias. Antecedentes patológicos: HTA con cardiopatía hipertensiva. Tratamiento: bisoprolol 2,5 mg/24h, losartán 100 mg/24h.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración cardiorrespiratoria, neurológica y otoscopia sin alteraciones. TA: 144/86 mmHg. SpO2 98%. 36 °C. ECG: ritmo sinusal a 70 lpm, sin otras alteraciones.

Orientación diagnóstica: Se orienta como vértigo periférico, iniciándose sulpirida 50 mg/8h.

Diagnóstico diferencial: Reconsulta 4 días después en Urgencias hospitalarias por persistencia de la misma sintomatología, sin mejoría con el tratamiento pautado. Exploración física sin alteraciones. Asintomática. TA: 151/85 mmHg. SpO2 98%. 36,3 °C. ECG similar al realizado en AP. Durante su observación en Urgencias, presenta episodio de desorientación, rigidez generalizada con sacudidas mioclónicas, palidez y quejido respiratorio. Autolimitado < 1 min. Posteriormente, paciente asintomática con amnesia total del episodio. ECG sin cambios respecto al inicial y TC craneal sin alteraciones agudas. Con sospecha de crisis comicial, se cursa ingreso hospitalario en Neurología con levetiracetam. Al día siguiente, aparente mejoría con levetiracetam, sin repetición del episodio. Únicamente, paciente refiere sensación disneica y mareo en reposo hace escasos minutos. Pulsioximetría: spO2 84%. FC: 36 lpm. ECG: bloqueo auriculoventricular completo. Se solicitó interconsulta urgente a Cardiología, decidiendo implantación de marcapasos DDD. Tras 3 días de ingreso sin incidencias, altada a domicilio con tratamiento habitual previo. Desde entonces, ningún nuevo episodio similar presentado. El diagnóstico diferencial del mareo es complejo y multicausal. En este caso, se orientó inicialmente como causa sensorial (vértigo periférico) y, posteriormente, como neurológica (crisis epiléptica). Finalmente, el diagnóstico fue síncope de origen cardiogénico, secundarios a bloqueo auriculoventricular paroxístico completo. Otras posibles etiologías serían:

cerebrovascular (AIT), aura migrañosa, movimientos anormales, trastornos del sueño, psicógenas, trastornos endocrinos o encefalopatías tóxico-metabólicas.

Comentario final: La consulta por el síntoma "mareo" es frecuente en AP. Es importante realizar una anamnesis completa al paciente y familiares presentes en los episodios, identificar factores desencadenantes y situaciones en las que tienen lugar, duración, presencia o no de movimientos anormales, conciencia durante el episodio y tiempo de recuperación.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Mareo. Bloqueo cardíaco.