



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/805 - UN VÉRTIGO QUE NO ME CUADRA: PRIMERO DESCARTAR ORGANICIDAD

L. de la Cal Caballero¹, M. Hernández García², S. Díaz-Salazar de la Flor³ y M. Martínez Pérez⁴

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ².

³Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Camargo.

Cantabria. ⁴Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astillero. El Astillero. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 82 años con antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia, migraña con aura atípica (afasia), síndrome ansioso-depresivo. En tratamiento con ácido acetilsalicílico, amlodipino, mirtazapina, simvastatina. Seguida por Neurología por deterioro cognitivo leve con episodios amnésicos y disfagia leve. En TC de control de Nefrología (febrero 2019) apareció incidentalmente imagen sugestiva de neoformación renal cortical derecha de 8mm, en seguimiento evolutivo por Urología. En octubre de 2019 acudió a Urgencias por llevar un mes y medio con sensación de mareo relacionado con cambios posturales y vómitos, con aumento de frecuencia e intensidad de los mismos, asociando inestabilidad de la marcha, pérdida de peso y de capacidad funcional. No otra clínica añadida.

Exploración y pruebas complementarias: Urgencias: destacaba sensación de mareo en aumento al realizar cualquier movimiento o giro cefálico, nistagmo no valorable por cierre ocular. Sin pérdida de fuerza o sensibilidad, alteración de pares craneales u otros datos de focalidad neurológica. Marcha no valorable por encontrarse muy sintomática. ECG, radiografía de tórax, analítica sanguínea y TC cerebral sin alteraciones.

Orientación diagnóstica: Inicialmente el cuadro impresionaba clínicamente de síndrome vestibular, confundía la ausencia de mejoría espontánea que descartaba vértigo periférico (más frecuente y benigno), así como el síndrome general y posterior aparición de focalidad neurológica.

Diagnóstico diferencial: LOE intracraneal. Síndrome vestibular. Síndrome vértebro-basilar. Hipertensión intracraneal del adulto.

Comentario final: Tras tratamiento con betahistina y sulpirida sin mejoría, a los 2 meses ingresó por disartria, hemiparesia derecha y cefalea, añadidas a la clínica previa. En TC apareció LOE única en pared derecha de IV ventrículo (21 × 16 mm) con edema vasogénico, leve expansividad local y desviación de línea media, sugestiva radiológicamente de metástasis vs. linfoma cerebral primario. Las características que nos deben hacer sospechar vértigo central son: persistencia temporal, síntomas asociados (cefalea, paresias, disartria), nistagmo central. La clínica reunía características de ambos subtipos, siendo obligado descartar organicidad mediante prueba de imagen.

Bibliografía

1. Martínez Gutiérrez E, Martín Mateos AJ, Moratalla Rodríguez G. Guía clínica Fisterra. Diagnóstico diferencial entre vértigo periférico y central. [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/diagnostico-diferencial-entre-vertigo-periferico-central/>
2. Wilkinson I, Raine T, Wiles K. Manual Oxford de Medicina Interna, 10ª ed. Barcelona: Aula Médica; 2018.

Palabras clave: Vértigo central. LOE intracraneal.