



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/920 - MÁS ALLÁ DEL MOTIVO DE CONSULTA

A. Rojas Parra

Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 2. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, hiperuricemia y artrosis para lo que recibió el respectivo tratamiento. Acudió, acompañado por su esposa (principal cuidadora de paciente dependiente), al servicio de urgencias hospitalaria con motivo de cuadro de < 24h de evolución consistente en episodios bruscos y recortados de sensación de giro de objetos, con náuseas y vómitos que empeoran con cambios posturales. Negaba sintomatología neurológica u otológica. No otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: TA 143/73 mmHg, FC 100 lpm, Tª 36 °C. Aceptable estado general, consciente, orientado, colaborador, lenguaje coherente. Impresiona de lentitud a respuesta verbal y motora, así como facies hipomímica, inestabilidad postural en bipedestación y deambulación con pasos cortos. Paciente y esposa niegan antecedentes neurológicos. No focalidad neurológica. Otoscopia sin hallazgos. Nistagmo horizontal. Rx tórax: no hallazgos radiológicos significativos. ECG: taquicardia sinusal sin otros hallazgos. Analítica, gasometría venosa y orina elemental: anodina.

Orientación diagnóstica: Vértigo periférico.

Diagnóstico diferencial: Es fundamental discernir si el vértigo es de origen periférico o central. En general, el vértigo periférico suele ser más intenso, de inicio más brusco, empeora más con los cambios de posición y se asocia con más frecuencia a náuseas, vómitos y síntomas cocleares, como acúfenos e hipoacusia. Además, en el primero, a diferencia del segundo, el vértigo predomina sobre el nistagmo. Por otra parte, la presencia de signos o síntomas neurológicos focales y la alteración del estado mental sugieren enfermedad del sistema nervioso central.

Comentario final: Se trataba de un paciente procedente de otra comunidad autónoma, con cambio reciente de domicilio y que acudía sin informes médicos oficiales para tener certeza de sus antecedentes personales. Ante la clínica sugerente de parkinsonismo y la negativa del paciente y esposa a antecedentes neurológicos, se decide llamar a neurólogo de guardia para valoración, el cual confirma que se trata de un parkinsonismo que habrá que estudiar en consultas externas. Al alta se añadió a su tratamiento habitual la betahistina, evitando tomar sulpirida debido a la posibilidad de potenciación de los efectos extrapiramidales.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2018.

Palabras clave: Vértigo periférico. Parkinsonismo.