



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/785 - SÍNDROME VERTIGINOSO AGUDO: UNA EXPLORACIÓN FÍSICA EXHAUSTIVA

S. Díaz-Salazar de la Flor¹, C. Granja Ortega², M. Hernández García³ y M. Martínez Pérez³

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Camargo. Cantabria. ²Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria. ³Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astillero. El Astillero. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 56 años que acude a centro de salud por mareo consistente en giro de objetos y cortejo vegetativo de 5h de evolución. En tratamiento con sulpirida 150 mg durante 10 días pauta en urgencias por mareo de características similares pero de segundos de duración. Niega otalgia, hipoacusia ni acúfenos. Niega alteraciones en la agudeza visual, a nivel motor ni sensitivo. Tras la exploración con protocolo HINTs y maniobras vestibulares, se decide derivar a urgencias ante el componente disarmónico de la exploración y la ausencia de mejoría tras diazepam y sulpirida. Antecedentes personales: fumador, Hipoacusia súbita en oído izquierdo con RMN de base cráneo normal.

Exploración y pruebas complementarias: Pupilas isocóricas y normorreactivas a la luz, campimetría por confrontación normal, pares craneales normales, no claudica en barre ni en Mingazzini, fuerza 5/5 en las cuatro extremidades y no alteraciones en la sensibilidad. No disimetría dedo-nariz ni talón-rodilla. Nistagmo espontáneo horizontal izquierdo. Test skew normal, Head impulse positivo, Romberg hacia la izquierda, marcha Bainsky-weill hacia la izquierda, no valorable marcha Utterbergen. Semont derecho con nistagmo horizontal izquierdo con nistagmo fatigable y menos pronunciado que el espontáneo. Otoscopia: tapones de cerumen bilateral.

Orientación diagnóstica: Ictus vertebrobasilar.

Diagnóstico diferencial: Vértigo periférico. Vértigo central. Neuritis vestibular.

Comentario final: A su llegada a urgencias la sintomatología persiste a pesar de la medicación antivertiginosa, y se realiza TAC cerebral, sin hallazgos de patología aguda. Se interconsulta con Otorrinolaringólogo de guardia, que evalúa al paciente con diagnóstico de síndrome vestibular agudo periférico y cita a las 24h en consultas de Otorrinolaringología para realizar prueba de V-HIT. En ese periodo de tiempo el paciente comienza a experimentar diplopía binocular horizontal y cefalea, no consultando nuevamente. La prueba de audiometría bilateral es normal y el V-HIT objetiva hipofunción vestibular bilateral. Se solicita RMN cerebral urgente, con hallazgo de ictus subagudo vertebrobasilar con Infartos agudos en lóbulo occipital derecho y hemisferio cerebeloso izquierdo. Como consideración final, cabe destacar que un 10% de las neuritis vestibulares con TAC

cerebral normal se tratan de accidentes cerebrovasculares agudos.

Bibliografía

1. Furman JM. Vestibular neuritis and labyrinthitis; UptoDate.

Palabras clave: Protocolo HINTs. V-HIT.