



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/424 - INESTABILIDAD EN ANCIANO. NO SIEMPRE SE TRATA DE PRESBIVÉRTIGO. CASO CLÍNICO

Y. González Silva<sup>a</sup>, H. de la Red Gallego<sup>b</sup>, Á. Delgado de Paz<sup>c</sup>, C. Estébanez Prieto<sup>d</sup>, A. Terriza Ríos<sup>d</sup> y S. Peña Lozano<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud Plaza Ejército. Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza Ejército. Valladolid. <sup>d</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza Ejército. Valladolid. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza Ejército. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 82 años, NAMC. AP: HTA, dislipemia y presbivértigo. Fumadora. Tratamiento: ácido acetilsalicílico 100 mg/día, omeprazol 20 mg/24 horas y enalapril 20 mg/24 horas. IABVD. Durante los dos años previos refiere episodios de inestabilidad sin giro de objetos y caídas casuales, siendo estudiada en Otorrinolaringología, Neurología y Cardiología, descartando organicidad y diagnosticándola de presbivértigo. Acude a consulta de Atención Primaria, refiriendo en el último mes empeoramiento de inestabilidad que se acompaña de trastorno sensitivo distal en manos, sin afectación de EEII, ni esfínteres. Inicialmente exploración neurológica normal salvo disestesias táctiles en ambas manos. Se realiza analítica con hemograma, iones, glucemia, urea, VSG, vitamina B12, VDRL en rango; urinograma normal y ECG normal. Se solicita consulta preferente con Neurología. En la semana posterior ante empeoramiento acude a Urgencias Hospitalarias, se realiza TAC cerebral (atrofia cortico-subcortical) siendo dada de alta adelantando la consulta. A los 5 días acude a consulta de AP acusando paresia en extremidad superior derecha que se objetiva al reexplorarla (3/5), es derivada nuevamente a Urgencias Hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paresia leve distal de manos. Hiperreflexia de pectorales, reflejo cutáneo-plantar extensor bilateral. Disestesias táctiles en dedos y afectación severa de sensibilidad posicional de ambas manos, hipoestesia vibratoria en mano izquierda. Romberg inestable con retropulsión severa. Aumento de base de sustentación. Exploraciones complementarias: 1. RM cerebral: Atrofia cortico-subcortical. 2. RM columna cervical: tracto fibroso ocasionando moderada estenosis de canal C1-C2 con compresión de la médula cervical.

**Juicio clínico:** Mielopatía cervical espondilótica.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedad de neurona motora, endocrinopatías, enfermedades infecciosas, compresión mecánica, hernia discal, tumor vertebral, displasia fibrosa...

**Comentario final:** El presbivértigo es la consecuencia natural del proceso de envejecimiento, no es una patología per se, sino las lesiones degenerativas propias de la edad. La artrosis cervical puede

producir estenosis de canal, llegando a compresión medular. El tratamiento se basará en laminectomía cervical. Nuestra paciente fue intervenida quirúrgicamente con mejoría funcional, siendo dada de alta a Residencia. Resaltar la importancia de la continuidad asistencial y la reexploración en Atención Primaria, porque pese a tratarse de una paciente con presbivértigo la exacerbación de síntomas y alteración neurológica nos pusieron en alerta.

## **Bibliografía**

1. Aguilar de Armas, I, Lavandeira Hernández MA, Robles Agudo F, Beltrán de la Ascensión M. Caídas como forma de presentación de una espondilosis cervical. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002;37(3):162-5.