



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/136 - ME ENCUENTRO INESTABLE

M. Fuentes Jiménez<sup>a</sup>, A. Martínez Quesada<sup>b</sup>, J. Hernández Moratalla<sup>c</sup>, P. Castro Pérez<sup>d</sup>, C. Navarro Torres<sup>e</sup> y M. Martín Álvarez<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Isidro. Almería. <sup>b</sup>Médico Residente. Centro de Salud San Isidro. Almería. <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería. <sup>d</sup>Médico Residente. Centro de Salud Almería Centro. <sup>e</sup>Médico Residente. Centro de Salud Nueva Andalucía. Almería. <sup>f</sup>Médico Residente. Centro de Salud Plaza de Toros. Almería.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 33 años que acude al centro de salud por presentar mareo tipo inestabilidad de una semana de evolución, de instauración brusca y presentación episódica, que ha empeorado en las últimas 12 horas. Ocasionalmente, sensación de giro de objetos. No fiebre. Actualmente presenta náuseas y vómitos. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. No enfermedades. Fumador. No toma tratamiento.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tensión arterial: 120/65; frecuencia cardíaca: 70; glucemia al azar: 97; temperatura: 36,4 °C. Regular estado general, consciente y orientado, bien hidratado y perfundido, eupneico en reposo. Pupilas isocóricas y reactivas a la luz y acomodación, resto de pares craneales normales. Ligera inestabilidad, no debilidad ni pérdida de fuerza. Reflejos osteotendinosos conservados. Glasgow 15/15. No apraxia, no agnosias, no alteraciones del lenguaje. Otoscopia bilateral normal. Auscultación cardiorrespiratoria normal. No edemas en miembros inferiores. Se administra sulpiride y metoclopramida intramuscular. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 70 lpm, no alteraciones de la repolarización ni signos de isquemia aguda. El paciente no mejora por lo que se deriva a centro hospitalario de referencia. Hemograma y bioquímica con valores dentro de los parámetros de la normalidad. TAC craneal informado como: área hipodensa de límites imprecisos, en hemisferio cerebeloso derecho, de unos 26 × 22 mm, que podría corresponder a lesión isquémica en evolución, edema perilesional... se sugiere estudio mediante RMN. El paciente se mantiene estable, es valorado por neurocirugía que indica tac craneal con contraste que no encontraba hallazgos patológicos. Se interconsulta con neurología que indica ingreso con diagnóstico de ataxia de la marcha y ligera dismetría izquierda. Se descartó origen infeccioso, y se observó en RMN focos de actividad en pedúnculo cerebeloso izquierdo y en sustancia blanca periventricular derecha (asta posterior) sugerentes de enfermedad desmielinizante, tipo esclerosis múltiple.

**Juicio clínico:** Esclerosis múltiple.

**Diagnóstico diferencial:** Vértigo posicional paroxístico benigno. Neuronitis vestibular derecha. Accidente cerebrovascular. Tumor cerebral.

**Comentario final:** Un síntoma tan común como es el mareo, nos abre un amplio abanico de diagnósticos que debemos conocer e ir descartando con la ayuda de pruebas complementarias, pero siempre partiendo de una buena historia clínica y exploración física.

### **Bibliografía**

1. Jiménez Murillo L, Montero FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias, 5ª ed. Barcelona: Elsevier, 2015.
2. Protocolo asistencial del Ictus del Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Comité Local de Atención al Ictus, versión 4.0. Marzo 2016.