



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2145 - MAREO INESPECÍFICO EN PACIENTE ANCIANO

J. Fernández Cuevas<sup>a</sup>, B. García López<sup>b</sup>, M. Álvarez Megido<sup>c</sup> y L. López Álvarez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sabugo. Área III. Avilés. Asturias. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Las Vegas. Asturias. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Trasona. Avilés.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 82 años con antecedentes de HTA, hipercolesterolemia y fibrilación auricular, a tratamiento con bisoprolol, omeprazol, acenocumarol y atorvastatina. Consulta a su MAP por cuadro de 1 semana de evolución de cervicalgia asociada a crisis de mareo de segundos de duración, sin sensación de giro, que describe de forma muy inespecífica y que define como “oleadas de calor” dorso-lumbar y de inestabilidad de miembros inferiores, sin relación con actividad ni reposo. No asocia vómitos, hipoacusia, acúfenos ni otra clínica. Ante la normalidad de la exploración realizada en la primera consulta, su MAP decide iniciar tratamiento sintomático y valorar evolución. 3 días después el paciente tiene un episodio de inestabilidad con posible desconexión del medio de segundos de duración, por lo que su MAP decide derivarle a urgencias hospitalarias. Ante la normalidad de las pruebas, el paciente es dado de alta quedando pendiente de valoración en consultas de Neurología. No obstante, al día siguiente regresa a urgencias por nuevo episodio similar, por lo que se decide ingreso en Neurología. Durante el mismo se inicia tratamiento con ácido valproico con mejoría parcial subjetiva. Durante uno de los episodios y coincidente con la realización de un ECG de protocolo, se objetivan frecuencias de 30 lpm con deterioro del estado general del paciente, por lo que se traslada a UCI y se programa para instalación de marcapasos endocavitario. El paciente evolucionó favorablemente, siendo alta para seguimiento por su MAP y por Cardiología.

**Exploración y pruebas complementarias:** En consulta de MAP: TA 160/70. A la auscultación arrítmico a 80 lpm, sin soplos carotídeos. Neurológica y otoscopia normales. ECG: ACxFA a 80 lpm, BCRDHH ya conocido. Durante el ingreso hospitalario: bioquímica, hemograma, coagulación y orina normales. Rx tórax: normal. EEG basal: normal. TAC: normal. RM: cambios degenerativos artrósicos con estenosis de canal en espacio C3-C5, con disminución del espacio subaracnoideo, pero sin signos de mielopatía.

**Juicio clínico:** Episodios de desconexión y mioclonías por fenómenos de bajo gasto, en relación con rachas de bradicardia sintomática por enfermedad del nodo.

**Diagnóstico diferencial:** Inicialmente y ante la normalidad de la exploración y el ECG, su MAP filia el episodio como mareo de origen cervical. Ante la nueva crisis con desconexión se decide derivación a nivel hospitalario valorando la posibilidad de patología crítica neurológica, juicio que se mantiene a lo largo de todo el ingreso. La identificación de rachas de bradicardia establece el diagnóstico

final.

**Comentario final:** El mareo es uno de los síntomas más complejos de abordar desde AP, ya que puede corresponderse con multitud de patologías distintas. Siempre deben realizarse una anamnesis y exploración exhaustivas tratando de orientar la etiología del episodio, a pesar de lo cual ésta puede no ser obvia en un principio, precisando un seguimiento a posteriori para comprobar la evolución.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Torres JM, Jiménez L, Degayón H et al. Arritmias por alteración en la conducción del impulso. Enfermedad del seno. En: Jiménez L, Montero FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias, Guía Diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª ed. Barcelona, Elsevier, 2014; 177-81.