



## 160/1260 - ¿QUÉ PUEDE ESCONDER UN VÉRTIGO?

P. Suñer Díaz<sup>a</sup>, F.J. Arribas Aguirregaviria<sup>b</sup>, J.R. Jiménez Redondo<sup>b</sup> y M. Tavarez Santana<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Azuqueca de Henares. Guadalajara. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Azuqueca de Henares. Guadalajara. <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Azuqueca de Henares. Guadalajara.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 41 años sin antecedentes de interés que consulta repetidamente por cuadro de mareo, náuseas y vómitos, con sensación de giro de objetos durante 2 meses, es diagnosticada como vértigo periférico y con resolución parcial con medicación habitual para este cuadro. En uno de los episodios sufre TCE tras caída y es derivada a estudio por Neurología, se le diagnostica cuadro cerebeloso-vestibular. Ha sido infructuosa hasta la fecha la localización de neoplasia responsable de la patología neurológica. La paciente sufre importante afectación 2ª a la patología cerebelosa residual.

**Exploración y pruebas complementarias:** Al inicio del cuadro sin hallazgos, salvo nistagmo horizontal con fase rápida hacia la izquierda. En Neurología: diplopía, nistagmo horizontal y vertical inferior, Hemihipoestesia táctil-algésica de todo el hemicuerpo derecho que incluye cara. ROTs hipoactivos de forma global. Aumento de la base de sustentación. Marcha imposible sin apoyo. Laboratorio: hemograma, coagulación, bioquímica y marcadores tumorales sin hallazgos patológicos. ACs anti Yo (+) en suero y LCR. TAC cerebral y de peñascos: normal. RM craneal: sin hallazgos significativos. TAC tórax/abdomen/pelvis: pequeños nódulos subcentimétricos periféricos en LLII de ambos pulmones. Broncoscopia: citología benigna. Mamografía bilateral: no se observan lesiones de malignidad. BIRADS 2. Eco TV y ABD: aparato genital interno ecográficamente normal. No patología tumoral ginecológica demostrable. Colonoscopia: hemorroides externas e internas grado I. Colon normal. Gastroscoopia: gastritis erosiva. Autoinmunidad: sin hallazgos patológicos. PET-TAC: sin evidencia de enfermedad macroscópica maligna, desde el punto de vista metabólico, al menos de alto grado.

**Juicio clínico:** Cuadro cerebeloso-vestibular agudo-subagudo con Acs anti Yo (+) en suero y LCR, sin evidencia de neoplasia demostrada.

**Diagnóstico diferencial:** Vértigo periférico, cerebelitis postinfecciosa aguda, tumores de la fosa posterior, lesiones vasculares (infarto o hemorragia cerebelosa secundaria a malformaciones arteriovenosas o alteraciones de la coagulación), malformaciones cerebelosas (Dandy, Walter, Arnold-Chiari, Enfermedades cerebelosas: Ataxias heredo degenerativas (Friedrich, ataxia telangiectasia, enfermedad de Ramsay-Hunt, atrofia olivopontocerebelosa, krabbe), alcoholismo, síndrome paraneoplásico.

**Comentario final:** Ante un paciente con un cuadro de vértigo que se cronifica en el tiempo es importante una re-evaluación a pesar de que haya tenido una buena respuesta al tratamiento, como hemos visto en el caso clínico presentado, puede haber una patología grave “enmascarada” en el cuadro.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Rodríguez Paradinas M, Pulido Fonseca N, Rivera Rodríguez T. Mujer de 35 años que acude a Urgencias por mareo vertiginoso, náuseas y vómitos. *Medicine*. 2011;10:6219.e1-e4.
2. Trinidad Ruiz G, Pons García MA, Trinidad Ruiz G, et al. Vértigo posicional. ¿Síntoma, signo o enfermedad? *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2008;59:21-9.
3. Benavides Moraz MJ, Fernández de Retama E, Tundidor Sarasa N. Vértigo central o periférico. *FMC. Form Med Contin Aten Prim*. 2008;15:113.