



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2335 - ¡Un mareo peculiar!

M.C. Quesada Martínez<sup>a</sup>, D. Fernández Camacho<sup>a</sup>, M. Almansa Rosell<sup>a</sup>, N. Rodríguez García<sup>b</sup>, M. Córcolas Vergara<sup>c</sup>, M. García Palacios<sup>d</sup>, J.I. Giménez<sup>e</sup>, C.M. Cano Bernal<sup>f</sup>, Y. Reverte Pagán<sup>f</sup> y L. Blázquez González<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º de año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. Murcia.

<sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Sur. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Familia y Médico de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Madrid. <sup>f</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 54 años sin tratamiento. Antecedentes: cefalea tensional e hipoestesia en hemilabio izquierdo con RMN cerebral normal, atrapamiento cubital bilateral y episodios de vértigo periférico frecuentes. Intervenido de apendicitis. Acude a consulta por mareo intenso de tipo rotatorio al levantarse de la cama, intensificándose con movimientos de cabeza; se acompaña de palidez cutánea y náuseas. Hace 48 horas haciendo yoga mantuvo alguna posición forzada de cuello, pero actualmente no presenta cervicalgia pero si cierta molestia a ese nivel. Se realiza exploración neurológica normal. Dado los antecedentes del paciente y clínica se diagnostica de nuevo episodio de vértigo periférico; iniciando tratamiento sintomático con sulpirida y metoclopramida intramuscular y se pauta para domicilio. El día siguiente consulta urgente por empeoramiento, presenta vómitos intensos e imposibilidad de levantarse por inestabilidad con tendencia a caerse hacia lado izquierdo. Refiere que nunca los episodios de vértigo habían sido parecidos y que cedían con tratamiento. Afebril. No cefalea, no déficit motor. Ante la persistencia de focalidad neurológica y ninguna mejoría con tratamiento, derivó a urgencias para realizar analítica y TAC craneal.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes normales. Cabeza y cuello: pulsos carotídeos presentes y simétricos, sin soplos. Auscultación cardiaca: rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: normal. Abdomen: anodino. Neurológica: orientado en 3 esferas, lenguaje sin afasia ni disartria, pupilas isocóricas normoreactivas, nistagmo horizontorrotario hacia derecha y abajo. Diplopía con un objeto al lado del otro en mirada horizontal. No hemianopsia. Resto pares craneales normales. Hipoestesia en hemicara y braquiocrural izquierda. Fuerza conservada, reflejos conservados. Coordinación sin disimetrías. Marcha desviada a izquierda. ECG, analítica y radiografía tórax: normal. TAC craneal: lesión hipodensa en ambos hemisferios hemicerebelosos compatible con infarto de arteria cerebelosa posteroinferior (PICA) derecha. RMN cerebral: infarto agudo/subagudo del territorio de PICA derecha. Compatible con disección de vertebral en segmento a nivel C3-C4.

**Juicio clínico:** Ictus isquémico en territorio de PICA derecha secundario a disección arteria vertebral derecha extracraneal.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedad de Menière, vértigo posicional paroxístico benigno, laberintitis aguda, neuritis vestibular, ictus hemorrágico cerebello-tronco, migraña basilar, neoplasia ángulo pontocerebeloso.

**Comentario final:** Los infartos cerebelosos suponen entre el 1,5-3% del total de ictus isquémicos, la edad media es alrededor de 65 años, siendo 2/3 varones. Su presentación clínica es diversa, en ocasiones, inespecífica y se puede confundir con patologías benignas sobre todo cuando la clínica comienza con vértigo, debemos pensar en ellos como diagnóstico diferencial. Los infartos de la PICA son principalmente de causa aterotrombótica y su clínica más frecuente es: disartria, nistagmo, inestabilidad, disimetría, diplopía y vértigo. Es una urgencia médica que debe atenderse mediante protocolos de actuación para que en el menor tiempo posible se haya realizado una adecuada valoración clínica, asegurando soporte vital básico y realizando pruebas complementarias siendo el TAC la técnica de elección en fase aguda; permite diferenciar lesiones isquémicas de hemorrágicas y de procesos tumorales, de esta forma se pondrá en práctica medidas terapéuticas desde la fase inicial.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, et al. Enfermedad cerebrovascular. Manual Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre 2012, 7ªed. p:1203-22.