



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/275 - VÉRTIGO DE ORIGEN CENTRAL, ¿CÓMO SOSPECHARLO?

I. Llimona Perea^a, H. Alcarazo Fuensanta^b, I. Perea Cejudo^c, M. Bejarano Benítez^d, M.L. Álvarez Villegas^d y M. Navarro Domínguez^e

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla.

^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla.

^cMédico de Familia. Centro de Salud Virgen de África. Sevilla. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mercedes Navarro. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 66 años, como antecedentes: hiperplasia benigna de próstata en tratamiento, y episodios vertiginosos previos relacionados con patología cervical. Acude a su centro de salud por episodio de vértigo y náuseas de horas de evolución y aparición súbita. Allí lo recibe su médico de familia, que lo explora y objetiva además cifras tensionales elevadas: 205/110. Se decide administración de medicación (captopril + metoclopramida + sulpiride) y ver evolución, pero como el paciente no experimenta mejoría clínica, se decide derivación al centro hospitalario más cercano.

Exploración y pruebas complementarias: El paciente llega al servicio de Urgencias del Hospital con regular estado general, en camilla y empeoramiento clínico importante con aparición de cefalea, consciente y orientado. Presenta cifras tensionales elevadas a pesar del tratamiento administrado en el centro de salud: 177/112. Resto de exploración sin hallazgos, incluida exploración neurológica: pupilas isocóricas normorreactivas y movimientos oculares extrínsecos conservados, no nistagmo, no focalidad neurológica y Glasgow 15/15. No es posible explorar Romberg por estar paciente en camilla. Analítica: ligera leucocitosis con neutrofilia, sin otros hallazgos. Dado que sigue sin responder al tratamiento y con cifras tensionales elevadas se solicita TAC craneal pensando en un probable origen central: foco hemorrágico en hemisferio cerebeloso izquierdo de unos 14 mm. Se contacta con Neurocirugía y se ingresa al paciente en la Unidad de Ictus.

Juicio clínico: Vértigo de origen central, ictus hemorrágico cerebeloso.

Diagnóstico diferencial: En un principio se enfoca el caso como posible vértigo periférico, como causa más frecuente de vértigo. Pero ante ciertos signos de alarma como la no mejoría clínica o las cifras tensionales elevadas a pesar de tratamiento, además del comienzo súbito de la clínica y la presencia de cefalea; nos planteamos un posible origen central del mismo.

Comentario final: Con este caso clínico pretendemos destacar la importancia de plantearse posibles causas centrales del síndrome vertiginoso, aunque no sea lo más frecuente en Atención Primaria; por ello es importante prestar atención a la sintomatología de alarma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez D., Andrade T. Vértigo, ¿Central o Periférico? Aproximación diagnóstica en APS. Disponible en: <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/334.html>
2. Manual de diagnóstico y terapéutica médica, 12 Octubre, 7ª edición.
3. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001432.htm>
4. Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de actuación en Urgencias. 4ª edición.