



160/797 - VÉRTIGO ASOCIADO A CEFALEA Y CACOSMIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Robles Casado, S. Muñoz de la Casa e I. Jiménez Rodríguez

Médico de Familia. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 43 años de edad con antecedentes personales: nefrectomía izquierda por donación y dislipemia en tratamiento con rosuvastatina. Trabaja con productos organofosforados. Avisa al DCCU por presentar mareo con giro de objetos, cefalea hemicraneal derecha y cacosmia que refiere, le produce náuseas. Se decide derivación a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable. Regular estado general, consciente, orientado y colaborador, eupneico. Afebril. Glasgow 15/15. Exploración neurológica destaca inestabilidad para la marcha, resto normal. ACR: rítmica, sin soplos ni extratonos. MVC. Abdomen: anodino. No edemas ni signos de TVP en miembros inferiores. Realizamos: ECG: arritmia sinusal a 58 lpm, eje normal, QRS estrecho, no alteraciones de la repolarización. Rx de tórax: sin hallazgos significativos. Hemograma y bioquímica sin hallazgos significativos. TAC craneal: hipodensidad subcortical parietal derecha, con disminución de la surcación temporo-parietal y mínimo efecto masa hacia la izquierda. Hallazgos en probable relación con lesión subyacente. No hay signos de sangrado ni intra ni extraaxial. Fosa posterior sin alteraciones.

Juicio clínico: Vértigo de origen central. Se decide traslado a hospital de referencia para valoración por Neurocirugía.

Diagnóstico diferencial: Dentro del vértigo central distinguimos los de origen supratentorial (corticales y núcleos de la base) y los infratentoriales (síndrome mixto del ángulo pontocerebeloso, trastorno del tronco cerebral y síndrome cerebeloso). Según el TAC craneal lo más probable es que fuese de origen supratentorial cortical: tumor vs absceso temporal.

Comentario final: Al inicio del trayecto del traslado el paciente presenta una disminución de consciencia por lo que regresa al Box de críticos. Presenta ahora Glasgow 3/15, mirada desviada a la izquierda e inestabilidad hemodinámica en el contexto de una TSPV a 180-200 lpm. Se interconsulta con UCI. Se realiza intubación orotraqueal y cardioversión eléctrica tras fracaso de cardioversión farmacológica. En hospital de referencia se realiza RM confirmándose lesión infiltrativa en lóbulo temporal derecho. Se realiza lobectomía temporal reglada derecha. Anatomía patológica intraoperatoria con resultado de astrocitoma anaplásico. Evolución satisfactoria, sin déficit neurológico y con TAC de control con contraste sin evidencia de resto tumoral. En este caso cabe destacar la importancia de la cadena atención primaria, atención hospitalaria de urgencias, atención

por parte de UCI y por último por Neurocirugía. Los dos primeros eslabones a cargo del médico de familia. Señalar la importancia del trabajo multidisciplinar con un fin último en común: la supervivencia o mejoría del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barbudo Merino J, Jiménez Murillo L, Martos López MC, et al. Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2015. p. 358-62.
2. Espinosa Sánchez JM, Cervera Paz J. El paciente con vértigo en urgencias. Rev Med Univ Navarra. 2013;47(4):77-81.
3. Cortés-Medina JC, Guerrero-Rascón CA. Presentación clínica atípica de astrocitoma en un adulto. Cir Cir. 2012;80:177-81.