



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3025 - CADA DÍA ESTOY MÁS MAREADO

C. Robla Parra<sup>a</sup>, G. Lorenzo González<sup>b</sup>, J.L. Blanco Paños<sup>c</sup>, C. Fernández Expósito<sup>d</sup>, F. Peiró Monzó<sup>b</sup>, S. Aranda Moreno<sup>b</sup>, M. Rodríguez Cortés<sup>b</sup> y J.A. Castillo Serrano<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital General de Albacete. Albacete. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Zona I. Albacete. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Albacete-Hellín. Albacete.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 62 años, acude a Urgencias trasladado desde otro centro para valoración ante un cuadro de mareo con giro de objetos asociado a cortejo vegetativo y cefalea occipital con acúfenos bilaterales y pérdida importante de la audición. Antecedentes personales: no alergias a fármacos, no FRCV. Fumador esporádico, ingesta de alcohol ocasional. Coxartrosis derecha. No cirugías previas. No tratamiento habitual.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 124/85 mmHg, T<sup>a</sup> 36,3 °C, StO<sub>2</sub> 99%. BEG, NH. Exploración neurológica: orientado, obedece órdenes, no alteración campimétrica por confrontación, MOES normales, nistagmus horizontorotatorio con componente rápido a la derecha, hipoacusia grave, resto de pares craneales normales, balance muscular 4/5 en miembro inferior izquierdo, resto 5/5, RCP flexor bilateral, no alteración sensitiva, no disimetrías ni disidiadococinesias. Otoscopia bilateral normal. Acumetría: no audibles diapasones de 256 y 512 Hz. Resto de exploración normal. TC craneal sin hallazgos. AngioTC de polígono de Willis sin hallazgos. Doppler transcraneal y troncos supraaórticos sin hallazgos. Estudio ecográfico de órbita: hipertensión intracraneal. Se revisó RMN de su hospital de referencia (informada como normal) donde se evidenció infiltración leptomenígea de fosa posterior con afectación de pares craneales VI, VII y VIII. Estudio de LCR positivo para células tumorales malignas, infiltración por neoplasia maligna de alto grado sugestiva de carcinoma pobremente diferenciado.

**Juicio clínico:** Carcinomatosis menígea de origen desconocido.

**Diagnóstico diferencial:** Patología vascular de territorio vertebrobasilar, migraña basilar, origen comicial, metástasis de pulmón o melanoma, linfoma.

**Comentario final:** Ante no mejoría sintomática de un paciente con tratamiento pautado desde la consulta de Atención Primaria, es fundamental descartar organicidad y no atribuir al estado psicoemocional del paciente toda la patología, pues aunque muchas de las enfermedades que nos pueden surgir en el diagnóstico diferencial sean infrecuentes, la situación clínica de paciente debe primar por encima de todo.

## Bibliografía

1. Lempert T, Olesen J, Furman J, et al. Vestibular migraine: Diagnostic criteria. Consensus documents of the Barany Society and the International Headache Society. Acta Otorrinolaringol Esp. 2013;64:428-33.
2. Rios MC, Junco RA, Moreno M, Infante M, Echevarría E, Pérez FR. Carcinomatosis meníngea. Presentación de un caso y revisión del tema. Rev Chil Neurocirugía. 2012;38:125-9.

**Palabras clave:** *Mareo. Cefalea. Ansiedad.*