



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4736 - CUADRO VERTIGINOSO RESISTENTE A SEDANTES VESTIBULARES

L. Bernabé Vera<sup>a</sup>, I. Picó García<sup>b</sup>, L. Blázquez González<sup>c</sup>, M. Franco Sánchez<sup>d</sup>, Y. Reverte Pagán<sup>c</sup> y L. López Santos<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infante. Consultorio Los Dolores. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 37 años, valorado en Urgencias, por vértigo, náuseas y cefalea occipitocervical de inicio brusco, tras realizar esfuerzo. Se pautó tratamiento im con sulpiride y v.o con betahistina, diazepam y AINEs. Consulta en AP, porque persiste mareo rotatorio cuando fija mirada, no se desencadena ni modifica con movimientos cefálicos. No acúfenos, ni hipoacusia. No alteraciones visuales, sensitivas ni pérdida de fuerza. NRL: nistagmus horizontal derecho. Se deriva a Urgencias ORL: anamnesis y EF normal excepto examen HINTS con nistagmo hacia la derecha. Ingreso en NRL: posible cuadro central.

**Exploración y pruebas complementarias:** ACP normal. Nivel de conciencia y lenguaje normal. Campimetría confrontación normal. MOE: nistagmo hacia la derecha en ppm que se intensifica al mirar hacia la derecha. Mínima paresia facial supranuclear derecha gestual. Resto de PPCC, fuerza y ROT normales. Sensibilidad normal. No disimetría. Romberg negativo. Marcha normal. Analítica y serología negativa. TC craneal, RM cerebral y de cuello y ecografía TSA: sin alteraciones. AngioRM TSA: asimetría de arterias vertebrales como variante de la normalidad. Resto normal.

**Juicio clínico:** EM y/o disección arteria vertebral. Vértigo/cervicalgia.

**Diagnóstico diferencial:** Vértigo periférico: VPPB, neuritis vestibular, herpes zoster oticus, enfermedad Menière, fístula perilinfática, síndrome de Cogan, neuroma acústico, toxicidad amionoglucósidos, otitis media. Vértigo central: migraña vestibular, isquemia del tronco encefálico, infarto cerebral y hemorragia, malformación Chiari, esclerosis múltiple.

**Comentario final:** El vértigo constituye una consulta frecuente en AP. Las causas se clasifican en trastornos periféricos y centrales, utilizando características de nistagmo, inestabilidad postural, pérdida audición o tinnitus. El nistagmo periférico aparece ocasionalmente puramente horizontal. El nistagmo central puede tener cualquier trayectoria. La fijación visual suprime el nistagmo periférica, pero no el central. Vértigo sostenido y comienzo agudo: diagnósticos neuritis vestibular, enfermedad desmielinizante y un ACV tronco encefálico/cerebelo. El examen HINTS, el test de impulso de la cabeza, puede ser útil para distinguir causa periférica, de una central. En jóvenes sin FRCV con

prueba normal de impulso de la cabeza sugiere una localización dentro del SNC, la esclerosis múltiple podría ser más probable.

### **Bibliografía**

1. Evaluation of the patient with vertigo and Pathophysiology, etiology and differential diagnosis of vertigo. UpToDate.

**Palabras clave:** Vértigo. Mareo.