



242/1694 - CUANDO EL MAREO ES EL SÍNTOMA INICIAL DE PATOLOGÍA DESMIELINIZANTE

C. Bermejo Navarro, E. Capilla Rodríguez, M. Ortiz de Irustia, M. Sancho Suárez, E. Redondo Gorostiza y E. Torres Santos

Médico de Familia. Centro de Salud Montclar. Sant Boi de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 22 años que consulta por cuadro de inestabilidad cefálica con giro de objetos y náusea sin vómitos desde hace 24 horas, no antecedentes previos, no presenta clínica a nivel auditivo.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 112/75, T^a: 36,3 °C, SatO₂: 100%. Exploración cardiorespiratoria sin alteraciones. NRL: PINR, PPCC normales, no disimetrías, fuerza y sensibilidad conservadas, Romberg negativo. Otoscopia bilateral normal. Se da tratamiento con dogmatil en dosis descendente con persistencia de la clínica por ese motivo se solicita A/S: Hb; 15,1 g/dl, Hto 45,4%, Pla_q 278, Leu: 6,5 Mil/mmcc. Glu: 4,8 mmol/L. Cre: 69,1 umol/L. Ionograma normal. TC craneal: sin alteraciones significativas.

Juicio clínico: Con la orientación de vértigo periférico se optimiza medicación y se cita en consulta externa de otorrino. Una semana después la paciente reconsulta por clínica de debilidad en EEII y dificultad para la marcha a pesar de mejoría del síndrome vertiginoso. Se deriva a urgencias donde se realiza segundo TAC craneal que es normal y se ingresa en el hospital para estudio. A la exploración física destaca paresia 5/5 distal de ambas EEII, hiperreflexia generalizada, hipoestesia e hipoalgesia en ambas EEII. Se realiza RMN. Mostró la presencia de múltiples lesiones focales cumpliendo criterios para el diagnóstico de EM (5 lesiones activas a nivel craneal y 2 a nivel medular). Por todo ello se recomendó iniciar un tratamiento precoz con alemtuzumab.

Diagnóstico diferencial: Vértigo periférico, hipotensión e hipertensión, anemia, aura epiléptica, hipertensión intracraneal, migraña, causas psicógenas.

Comentario final: Pese a que el vértigo periférico es muy habitual en nuestras consultas de atención primaria, debemos estar atentos a la evolución clínica y la exploración física que nos orientará hacia otros posibles diagnósticos.

Bibliografía

1. Pertusa Martínez S, Gomis Ferraz J, Pérez Garrigues H. Vértigo. Guía de Actuación Clínica en A.P.
2. Roca Pujol J. Guía clínica de mareo. Fisterra. 2006.

3. Igual Camacho C, Díaz Díaz B. Producción científica de esclerosis múltiple y su evolución en la última década.

Palabras clave: Vértigo. Paresia extremidades. Esclerosis múltiple.