



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3674 - EL MAREO: UN GRAN "CAJÓN DE SASTRE"

B. Martínez Baeza^a, A. Corbalán Fernández^a, M. Fernández Rodríguez^b, J. Roy Martínez-Useros^c y A. Mocchiari Lovechio^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caravaca de la Cruz. Murcia.

^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caravaca de la Cruz. Murcia.

^cMédico de Familia. Centro de Salud de Caravaca de la Cruz. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 79 años que acude a consulta de primaria por mareo tipo inestabilidad de una semana de evolución, con necesario apoyo para la bipedestación y deambulación. Dados los antecedentes personales - es hipertenso y ha sido fumador durante 30 años- se deriva a hospital de referencia para ingreso en Neurología ante la sospecha de ictus isquémico. Durante los primeros días del ingreso tiene lugar un empeoramiento progresivo de la ataxia, a lo que se suma hiperreflexia generalizada. Tras descartar ictus isquémico y ante los hallazgos de la RMN se valora como posible etiología la encefalitis inmunomediada (encefalitis de Bickerstaff), por lo que se instaura tratamiento con metilprednisolona e inmunoglobulinas, iniciándose conjuntamente tratamiento empírico con ampicilina y aciclovir. Tras cinco ciclos de inmunoglobulinas el paciente experimenta una mejoría clínica evidente.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, normocoloreado y normohidratado. Eupneico. Afebril. TA 126/74. NRL: Consciente y orientado, pares craneales centrados y simétricos, ataxia troncular con tendencia a desviarse a la derecha, no disimetrías, ROT presentes y simétricos, marcha atáxica con Romberg negativo (cae incluso con ojos abiertos). ACP: rítmica sin soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos. MMII: sin edemas ni signos de TVP. Bioquímica y hemograma: normal. Serología lúes, VIH y Borrelia negativas. LCR: 12 leucocitos (92% mononucleares), proteínas y glucosa no alteradas. TAC craneal sin contraste: sin alteraciones significativas. RMN cerebral: múltiples lesiones troncoencefálicas de posible etiología inflamatoria y/o microvascular, probable romboencefalitis.

Juicio clínico: Romboencefalitis inmunomediada (encefalitis de Bickerstaff).

Diagnóstico diferencial: Ictus isquémico. Vértigo central. Tumor SNC. Encefalitis infecciosa. Miastenia gravis. Guillain-Barré.

Comentario final: Se trata de una enfermedad neurológica rara que suele precederse de un pródromo infeccioso. La forma típica de presentación incluye oftalmoplejía, ataxia e hiperreflexia. Aunque debuta con clínica grave, suele seguir un curso monofásico con una remisión completa de los síntomas a los 6 meses en más de la mitad de los pacientes, mientras que otros pueden presentar signos residuales de leves a graves.

Bibliografía

1. Bickerstaff ER, Cloake PCP. Mesencephalitis and rhombencephalitis. Br Med J. 1951;2:77-81.
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.

Palabras clave: Mareo. Encefalitis. Bickerstaff.