



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/505 - A VECES LAS COSAS NO SON LO QUE PARECEN

A. Parrella Martín-Gamero^a, M. Montes Ramírez^b, M. Martínez Abad^c y S. Berbel León^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Gregorio Marañón. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud San Carlos. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Eloy Gonzalo. Madrid. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Gregorio Marañón. Alcorcón. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 44 años refiere cuadro de mareo, inestabilidad y diplopía desde hace 3 horas de evolución, mientras estaba trabajando. No fiebre ni traumatismos craneales. Refiere un episodio similar ayer de unas 2 h de evolución. No clínica infecciosa previa, refiere haberse tomado la medicación bien y haber dormido bien los últimos días. Antecedentes personales: no RAM, no FRCV. Epilepsia en tratamiento y seguimiento en Neurología. Temblor esencial. Hernia discal L5-S1. Tratamiento habitual: ácido acetilsalicílico 100 mg, atorvastatina 20 mg, carbamazepina 400-0-200, lacosamida 150 mg cada 12 h, propranolol 10 mg 1 cada 12h.

Exploración y pruebas complementarias: Bien hidratado y perfundido, eupneico, afebril. TA: 122/85. Cuello: no palpo adenopatías, no bocio. AC: rítmico, no soplos. AP: buena ventilación general. Abdomen anodino. EEII: pulsos presentes, no edemas, no signos de TVP. Exploración neurológica: consciente y orientado, pares craneales normales, nistagmo lateral izquierdo con la mirada extrema, fuerza 5/5, no déficit sensitivo, no disimetría, Romberg negativo, Barré negativo, discreta bradipsiquia y bradilalia, no disartria, no afasias. No diplopía, nomina, comprende. ROT ++/++++ en cuatro extremidades, reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Signos meníngeos negativos. Analítica: leucocitos $5,84 \times 10^3/uL$, Hb 14,4 g/dL, plaquetas $207 \times 10^3/uL$, Coagulación: TP 12,4 sg, INR 1,03, APTT 27,1 sg. Glucosa 93 mg/dl, urea 23 mg/dl, creatinina 0,88 mg/dl, Na 137 mmol/L, K 4,2 mmol/L, CK 82 U/L, GOT 20 U/L, GPT 22 U/L, amilasa 79 U/L, carbamazepina: 14,40 ug/ml. TAC craneal: parénquima cerebral supra e infratentorial normal, Sistema ventricular de tamaño normal, cisternas de la base y perimesencefálicas libres. Estructuras de línea media centradas. Eco doppler de TSA: sin hallazgos patológicos.

Orientación diagnóstica: Intoxicación por carbamazepina.

Diagnóstico diferencial: Mareo causas periféricas. Vértigo paroxístico benigno. Neuronitis vestibular. Enfermedad de Ménière. Infecciones del oído. Neurinoma del acústico. Lesiones de pares III, IV y VI. Mareos causas centrales: tumores cerebrales, hemorragia o isquemia cerebelosa, isquemia e infarto vertebrobasilar, esclerosis múltiple, infecciones del SNC y enfermedad de Parkinson. Otras causas: hipoglucemia, trastorno ansioso depresivo.

Comentario final: Ante un cuadro con clínica neurológica como éste, siempre tendemos a pensar en patología orgánica y muchas veces se nos olvida que puede estar desencadenado por fármacos

que actúan a nivel central.

Bibliografía

1. Sánchez Romero A, García Delgado R, Duran Quintana JA, et al. Atención Farmacéutica. 2000;2(2):153-63.
2. Alós Almiñana M, Quintana Gallego E. Interacciones farmacocinéticas de los nuevos antiepilépticos. Farmacéutica Hospitales. 1997;79:16-9.

Palabras clave: Diplopía. Mareo. Carbamazepina.