



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/3271 - SÍNDROME VERTIGINOSO

Á. Baldonado Suárez<sup>a</sup>, R. Serrano Miralles<sup>b</sup>, C. Castaño Durán<sup>c</sup> y S. Márquez Rivero<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Orden. Huelva. <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Molino de la Vega. Huelva.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 77 años. HTA, dislipemia, hipotiroidismo y BAV 1<sup>er</sup> grado, acude a consulta de Urgencias de Atención Primaria por un cuadro de sensación de giro, náuseas y vómitos de presentación brusca y dos horas de evolución. A la exploración se objetiva dificultosa deambulación, nistagmo vertical, Romberg + y ataxia. Maniobra Dix-Hallpike negativa, otoscopia normal. La paciente presenta cifras tensionales elevadas: 170/90. Se administra captopril, sulpirida y metoclopramida y se deriva al Servicio de Urgencias Hospitalarias por sospecha de vértigo central. En el centro hospitalario se realiza TAC de cráneo que muestra lesión isquémica aguda en el territorio de la arteria cerebelosa superior derecha, procediéndose al ingreso de la paciente en Neurología. Durante su ingreso en dicho servicio se solicita RM cráneo, confirmándose dicha lesión. Además se realiza angioRM de troncos supraórticos, ecocardiografía y Holter, sin alteraciones significativas. Tras 5 días de ingreso hospitalario, se da de alta a la paciente, prescribiéndose andador y derivándose a consultas externas de Rehabilitación.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hemograma, bioquímica, coagulación, gasometría venosa y ECG normales. TAC cráneo: tenue hipodensidad córtico-subcortical en la superficie tentorial o superior cerebelosa derecha que podría estar en relación con lesión isquémica aguda en el territorio de la arteria cerebelosa superior ipsilateral.

**Orientación diagnóstica:** Vértigo central.

**Diagnóstico diferencial:** Vértigo periférico.

**Comentario final:** Conocer las diferencias clínicas entre el vértigo periférico y central es de gran importancia para el médico de Atención Primaria, ya que los cuadros vertiginosos constituyen un motivo de consulta muy frecuente. Realizar una anamnesis y exploración adecuadas ante un paciente con clínica vertiginosa aguda, permite obtener un diagnóstico diferencial entre el vértigo periférico y el central, lo que es fundamental por su importancia pronóstica.

### Bibliografía

1. Alcalá Villalón T, Lambert García M, Suárez Landrean A. Enfoque clínico del vértigo desde la Atención Primaria de Salud. Rev Haban Cienc Méd. 2014;13(3).

2. Gobernado JM. Vértigo: revisión semiológica. Recordatorio de Semiología, JANO; octubre 2008. [Consultado 27 Jul 2018]. Disponible en:  
[http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1711/97/00970102\\_LR.pdf](http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1711/97/00970102_LR.pdf)

**Palabras clave:** Vértigo central. Nistagmo. Infarto cerebeloso.