



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 424/3706 - MÁS ALLÁ DEL VÉRTIGO

S. Conde Cavero<sup>1</sup>, M. Cano Gómez<sup>2</sup>, E. Rodríguez Fernández<sup>3</sup> y M. de la Torre Olivares<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Tutor de Residentes. Centro de Salud Archena. Murcia. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mario Spreáfico. Archena. Murcia. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Archena. Murcia. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Cieza. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 86 años consulta por mareo tipo rotatorio, que describe giro de objetos, náuseas intensas y episodios eméticos que impiden tolerancia oral. No hipoacusia durante el episodio. No episodios previos de vértigo. Se pauta tratamiento pero esa misma tarde comienza de nuevo con vómitos por lo que acude a hospital, pautan tratamiento sintomático y diagnostican de vértigo. A la semana acude de nuevo a consulta por persistir el mareo y las náuseas. Además, refiere pérdida de equilibrio. Al no remitir el cuadro se solicita RMN cerebral. Antecedentes personales: HTA. Dislipemia. No DM. No cardiopatía ni broncopatía conocidas.

**Exploración y pruebas complementarias:** REG. Palidez cutáneo mucosa. ACP: Rítmica sin soplos ni ruidos patológicos. MVC. ABD: ByD. No masas ni megalias palpables, peristaltismo conservado. No doloroso. MMII: No edemas ni signos de TVP. NRL: Glasgow 15. Pupilas anisocóricas (faquectomizada). Nistagmus. MOES centrados. PC conservados y simétricos. Fuerza en extremidades 5/5. ROT 4 EE 3/5. RCP bilateral flexor. Prueba dedo-nariz y talón-rodilla anodinas. Marcha y Romberg no valorable pues la paciente no puede ponerse en bipedestación ni deambular. RMN cerebral: gran hematoma cerebeloso subagudo (40 × 22 mm). Encefalopatía hipertensiva crónica.

**Orientación diagnóstica:** En un principio la clínica nos orientaba a un cuadro de vértigo periférico. Al no ceder la clínica en una semana es necesario buscar causa de origen central.

**Diagnóstico diferencial:** AIT. Tumor fosa posterior. TCE. Infarto y/o hemorragia cerebelosa.

**Comentario final:** La base de la Atención primaria es la continuidad en el tiempo, y ello nos permite conocer a fondo a nuestros pacientes y realizar el seguimiento de sus patologías. Un determinado cuadro puede ser sugestivo en un principio de una patología concreta, pero en función de su evolución puede ir variando la orientación diagnóstica. Por ello, gracias al seguimiento exhaustivo que nos permite realizar la AP podemos completar el estudio y llegar a un diagnóstico de certeza.

### Bibliografía

1. Macleod D, McAuley D. Vértigo: clinical assessment and diagnosis. Br J Hosp Med (Lond). 2008;69(6):330-4.
2. Kutz JW Jr. The dizzy patient. Med Clin North Am. 2010;94(5):989-1002.

**Palabras clave:** Mareo. Náuseas. Equilibrio.