Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2781

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/2565 - MADRE MÍA, ¡QUÉ VÉRTIGO!

C. González Beiras[1], C. Alonso Benito[2], Á. Matía Cubillo[3] y V. Vicente Martín[1]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Cubos. Burgos. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Comuneros. Burgos. [3]Médico de Familia. Centro de Salud Los Comuneros. Burgos.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 68 años que acudió a la consulta de su Médico de Familia por cuadro de mareo e inestabilidad de 16 horas de evolución. La paciente comentaba que, tras realizar un movimiento brusco esa noche para levantarse, comenzó con un cuadro de giro de objetos con náuseas sin emesis, que no había cedido hasta el momento actual. Además refería sensación de taponamiento de oído izquierdo y acúfenos que fue disminuyendo de intensidad sin llegar a desaparecer por completo. Antecedentes personales: Ictus con recuperación funcional completa. Dislipemia. Tratamiento habitual: clopidogrel, simvastatina.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica: orientada, Glasgow 15. Nistagmo posicional horizonto-rotatorio con fase rápida a la izquierda. Pupilas isocóricas normorreactivas. Pares craneales normales. Romberg negativo. Sin signos de focalidad. Resto sin alteraciones. Exploración otorrinolaringológica: Otoscopia normal. Cover-test normal. Maniobra de Dix Hall Pike positiva. Maniobra de Epley dudosa.

Orientación diagnóstica: Vértigo periférico: vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB).

Diagnóstico diferencial: Vértigo central, patología neurológica, reacción adversa medicamentosa.

Comentario final: El diagnóstico de vértigo se lleva a cabo principalmente mediante la realización de una anamnesis y exploración física detallada, que puede orientar hacia el origen del mismo. A la hora de diagnosticar un cuadro de vértigo, la importancia radica en poder descartar con suficiente seguridad la presencia de un cuadro de origen central que pueda implicar lesión neurológica subyacente, especialmente en pacientes de riesgo o antecedentes neurológicos previos, como es el caso de esta paciente. Así pues, tanto la ausencia de déficits neurológicos como la presencia de un nistagmo horizonto-rotatorio, hacen más improbable que se trate de un vértigo central. Además, la reproducción del vértigo con la maniobra Dix-Hallpike y el cese del mismo mediante la maniobra de Epley, son clave a la hora de manejar esta entidad, orientando el diagnóstico de VPPB y facilitando su tratamiento con buenos resultados en la consulta de Atención Primaria.

Bibliografía

1. Carnevale C, Muñoz-Proto F, Rama-López J, Ferrán-de la Cierva L, Rodríguez-Villalba R,

Sarría-Echegaray P, et al. Manejo del vértigo posicional paroxístico benigno en atención primaria. Semergen. 2014;40(5):254-60.
2. Wang YH, Chan CY, Liu QH. Benign paroxsymal positional vertigo - recommendations for treatment in primary care. Ther Clin Risk Manag. 2019;15(11):719-25.

Palabras clave: Vértigo posicional paroxístico benigno. Trastornos neurológicos.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.