Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2763

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/1990 - NISTAGMO VERTICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Roldán Lafuente[1], J. López Marín[2], A. Palacio Liñares[2] y J. López Díez[2]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años, sin antecedentes de interés, consulta por cuadro de vértigo con giro de objetos de segundos de duración que inició hace 5 días mientras trabajaba. Asocia inestabilidad de la marcha con cortejo vegetativo y empeoramiento con los movimientos cefálicos de flexoextensión. No presenta clínica auditiva asociada (no acufenos ni hipoacusia), otalgia ni otorrea.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física neurológica y cardiovascular anodina. Desde el punto de vista otoneurológico presenta ausencia de nistagmo espontaneo ni con la fijación ni inhibición de la mirada. Cover test negativo, sheaking head negativa y maniobra oculocefálica dudosa a la derecha. Dix-Hallpike bilateral con nistagmo vertical inferior, más intenso hacia lado izquierdo que tarda en agotarse más de 1 minuto y que aumenta de frecuencia e intensidad en posición supina y con la cabeza colgando. Romberg centrado, Untenberger normal, índice Barany muy dudosa a derecha, con marcha inestable y sin dismetrías. Se realiza electrocardiograma presentando ritmo sinusal con BICRDHH. Acumetría: Rinne positivo bilateral. Weber centrado. Ante la sospecha de vértigo paroxístico periférico benigno (VPPB) de canal superior, se realiza maniobra de recolocación de Yacovino presentando mejoría franca y se deriva a unidad de vértigo.

Orientación diagnóstica: VPPB de canal semicircular superior.

Diagnóstico diferencial: Lesiones troncoencefálicas y cerebelosas degenerativas, isquémicas o LOES. Síndrome de nistagmo vertical.

Comentario final: Desde atención primaria la anamnesis y exploración física continúan siendo los pilares fundamentales de diagnóstico. Ante la sospecha clínica de vértigo periférico deberemos realizar una exploración física completa y orientada. La presencia de un nistagmo horizonto-rotatorio o vertical que cumpla las leyes de Alexander de vértigo periférico, con test de HIT congruente y maniobras de provocación posicionales positivas, nos dan el diagnóstico concreto y orientan al tratamiento óptimo, que consiste en la recolocación vestibular. En nuestro caso, siendo todo congruente con vértigo periférico, a pesar de ser un nistagmo con claro componente vertical no estaría indicado la realización de pruebas de imágenes.

Bibliografía

1. Esteban Sánchez J, Rueda Marcos A, Sanz Fernández R. Nistagmo vertical inferior: ¿es obligada la resonancia magnética? Revista de Neurología. 2016;62(3):107-12.

Palabras clave: Vértigo. Nistagmo. Cerebelo.

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