



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/1086 - LA IMPORTANCIA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. NO TODO MAREO ES UN VÉRTIGO PERIFÉRICO

C. Hato Antón¹, L. Martínez Antequera², M. Martínez Ferri¹ y V. Cascales Saéz¹

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia.

²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 47 años fumador de 5-6 cigarrillos día sin otros antecedentes de interés que consulta por mareo con sensación de rotación de 3 días de evolución de inicio brusco que se incrementa con los movimientos cervicales. EF: sin focalidad neurológica, impresionando de vértigo posicional benigno por lo que pautamos dogmatil 50 mg/8horas y reevaluamos a la semana. A la semana el paciente refiere empeoramiento del mareo con inestabilidad de la marcha hacia los dos lados, cefalea y cervicalgia, por lo que volvemos a explorar al paciente.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. TA 160/100. NRL: nistagmo horizonte-rotatorio que se agota hacia derecha, marcha con base de sustentación aumentada. Resto de exploración sin alteraciones. ECG: normal.

Orientación diagnóstica: Ante la sospecha de origen central del mismo se deriva al paciente a urgencias hospitalarias para valoración, realizándose TC craneal que informa de LOE cerebelosa con edema vasogénico perilesional que ejerce efecto masa sobre IV ventrículo, con hidrocefalia, y sobre tronco del encéfalo sugiriendo herniación transtentorial ascendente. Se comenta entonces con neurocirugía que indica tratamiento IV con fortecortin 16 mg, ranitidina y seguril, ingresándolo a su cargo para estudio y tratamiento.

Diagnóstico diferencial: Vértigo posicional benigno. Neuritis vestibular. Migraña vestibular. Enfermedad de Ménière. Vértigo central.

Comentario final: Las alteraciones del equilibrio son muy habituales en Atención Primaria. El 85% de los vértigos son periféricos por lo que se pueden diagnosticar y tratar de forma efectiva desde AP. Por ello, pocos pacientes deberían ser remitidos a urgencias hospitalarias o a otorrino-neurología para valoración. En su manejo debemos distinguir entre crisis única, recurrente o crónica, y valorar posibles desencadenantes y si se afecta la audición. La exploración clínica se basa en el nistagmo y los nervios oculomotores para descartar patología central. Diversos protocolos clínicos (HINTS, STANDING) ayudan a la identificación de los casos más graves y reducen la necesidad de realizar pruebas complementarias. Son motivo de derivación a urgencias hospitalarias las crisis agudas de vértigo con sospecha de origen neurológico, por lo que es necesario realizar un buen abordaje inicial y valorar los signos de alarma ante los cuales derivar.

Bibliografía

1. García García E., González Compta X. AMF. 2019;15(4):184-91. Disponible en:
https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id = 2417

Palabras clave: Mareo. Vértigo.