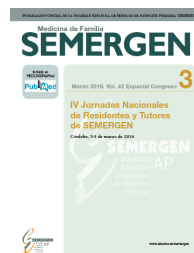




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



O-041 - VÉRTIGO PERIFÉRICO Y CENTRAL

A. Della Franco y M. Orgambides Domingo

Hospital de Sagunto. CS Sagunto.

Resumen

Descripción del caso: Varón 67 años. Presenta de forma súbita vértigo rotatorio en relación con los movimientos, de menor intensidad en decúbito supino, con gran cortejo vegetativo pero sin empeoramiento de la audición y sin acúfenos. Asocia cefalea y nalgia intensa. En control por ORL por sd. Ménière, este episodio le recuerda a crisis previas. Es HTA, DL, HBP y ACXFA paroxística. En tratamiento con irbesartán 75 mg 1/24h, bisoprolol 5 mg 1/24h, atorvastatina 10 mg 1/48h, dutasterida/hidrocloruro de tamsulosina 0,5/0,4 mg 1/24h, AAS 100 mg 1/24h, omeprazol 20 mg 1/24h, se retiró acenocumarol por Cardiología meses antes.

Exploración y pruebas complementarias: Tª 36,2 °C, TA: 146/82 mmHg, FC: 57 lpm, SatO2aa: 98%. BEG, NC, NH. Consciente y orientado con lenguaje conservado. Nuca libre, sin meningismo. No hay evidencia de focalidad neurológica, salvo nistagmo rotatorio. AC: rítmica sin soplos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. MMII sin edemas con pulsos conservados. Ante la sospecha de nueva crisis de síndrome de Menière se inicia tratamiento con sulpirida 50 mg 1/8h en dosis decreciente y furosemida 40 mg 1/24h, se solicita analítica ordinaria y se deriva de forma preferente a consultas externas de ORL. La analítica no muestra alteraciones de interés. Seis días después a su llegada a ORL, presenta los mismos síntomas pero de menor intensidad, refiere además disminución de la apertura palpebral del ojo izquierdo y cierta disimetría con el brazo derecho. Se realiza otoscopia siendo normal, acimetría con Weber indiferente, se objetiva un empeoramiento audición del OI en la audiometría, nistagmo espontáneo a la izquierda con y sin fijación ocular, Romberg inestable, con aumento de la base de sustentación, disdiadococinesia, disimetría con el brazo izquierdo y marcha imposible por ataxia, con exploración pares III, IV, V,VI,VII, IX, X, XI y XII normal. Se solicita RNM cerebral donde se identifica una lesión isquémica extensa en estadio evolutivo agudo en territorio cerebeloso izquierdo incluyendo afectación protuberancial central y posterior izquierda. Ingres a cargo de Medicina Interna, se le realiza un Holter ECG 24 horas que muestra una fibrilación auricular paroxística con respuesta ventricular rápida, que revierte a ritmo sinusal.

Juicio clínico: Ictus isquémico vertebro basilar del territorio cerebeloso izquierdo de etiología cardioembólica. Se inicia tratamiento de nuevo con acenocumarol, se retira AAS y se añade Trangorex al resto de su tratamiento habitual.

Diagnóstico diferencial: Vértigo central vs vértigo periférico.

Comentario final: La exploración del vértigo es compleja, se examinan síntomas subjetivos y su

causa puede resultar evidente sólo en el momento del episodio dejando pocas pistas después. Estudios han demostrado que la sensibilidad historia clínica (anamnesis y exploración) fue del 87% de ahí la importancia del diagnóstico clínico precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gomarriz García JJ, Luna Calcaño I, Guiral Torner H. Vértigo. En: Molina escribano F, coordinadora. Patologías más frecuentes en Atención Primaria, SEMERGEN AP. Madrid. IMC.
2. Barbudo Merino J, Jiménez Murillo L, Cantillo Baños E y Montero Pérez FJ. Vértigo. En: Murillo Jiménez L, Montero Pérez FJ, dirs. Medicina de Urgencias y Emergencias, 4ª ed. Barcelona: Elsevier, 2010.