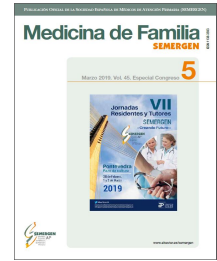




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



413/65 - LA VUELTA DE MI MUNDO

M. Piro¹, N. Cubelos Fernández¹, N. Fernández Valverde¹, N. Martín Salvador², F. Balduvino Gallo³, M. Daws Gómez-Landero⁴

¹Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. ²Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid Este. ³Médico Residente. Hospital de Laredo. Santander. ⁴Médico Residente de 1º año. Centro de Salud Eras de Renueva. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 64 años, sin alergias ni antecedentes de interés, ex-fumador, ex-bebedor, que acude a consulta por mareo brusco con giro de objetos, visión borrosa e inestabilidad de la marcha de 5 minutos de duración. Tras exploración levemente sintomática se pauta sulpirida y plantea reevaluación en una semana. Reacude 2 días después por empeoramiento y cefalea holocraneal opresiva que no cede con analgesia habitual. A la nueva exploración destaca disimetría en extremidades derechas y nistagmo horizonte-rotatorio agotable. Se deriva a Urgencias, ingresando en Neurología.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente, orientado, colaborador, eupneico en reposo, afebril, obesidad. TA: 138/77mmHg, FC: 68 lpm. SatO₂: 98%. Auscultación cardiopulmonar: ritmo sinusal sin soplos. MVC. Abdomen globuloso. EEII: no edemas ni signos de flebitis o TVP. Expl. neurológica: pupilas isocóricas normorreactivas, pares craneales normales, movimientos oculares conservados, nistagmo horizonte-rotatorio, disimetría en extremidades derechas, disartria. Babinsky-. Reflejo extensor plantar izquierdo. Fuerza y sensibilidad conservados simétricamente. Difícil exploración de la marcha. Analítica: normal. Serología lúes y VIH negativos. ECG: RS a 68 lpm, PR normal, QRS estrecho, sin alteraciones en la repolarización. Rx tórax: cardiomegalia, resto normal. TAC craneal: destaca extensa hipodensidad en hemisferio cerebeloso derecho con efecto masa, compatible con infarto isquémico subagudo. Eco-Doppler tronco supraaórtico y ecocardiograma transtorácico normales.

Juicio clínico: Ictus isquémico vertebro-basilar de etiología indeterminada.

Diagnóstico diferencial: Vértigo periférico.

Comentario final: Remarcar: la importancia de una correcta exploración física, considerando que el vértigo puede presentar diferentes causas, necesitando discernir si es periférico o central. La colaboración entre especialistas para una rápida actuación y unos mejores resultados. El vértigo es un síntoma, no un diagnóstico, por lo que necesitará un estudio más exhaustivo. El vértigo periférico suele ser brusco, intenso y de corta duración, acompañándose además de nistagmo horizonte-rotatorio, síntomas vegetativos, auditivos, alteraciones de la marcha hacia el lado de la lesión y una exploración neurológica normal.

Bibliografía

Ustrell-Roig X, Serena-Leal J. Ictus. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrovasculares. Rev Esp Cardiol. 2007;60:753-69.

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.

Guía de Otorrinolaringología en Atención Primaria. Asociación Madrileña de Otorrinolaringología (AMORL). 2014.

Palabras clave: Vértigo. Ictus. Vertebrobasilar. Cerebelo.