Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2267

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/698 - NO TODO ES LO QUE PARECE, EL FALSO MÉNIÈRE

S. Berdasco Suárez[a], G. del Río González[b], D. Carbajal Pérez[b], N. González García[a], N. Núñez Barros[a] y M. Carrizo Boto[a]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. Asturias. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pravia. Avilés. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 45 años, fumador de 10 cigarrillos al día, no otros factores de riesgo cardiovascular, con antecedente de vértigo periférico (síndrome de Ménière) diagnosticado en 2016, sin otras enfermedades de interés. Acude a consulta por cuadro de inicio brusco hace 36 horas consistente en mareo con giro de objetos que aumenta con el movimiento cefálico y vómitos incoercibles. Ante la sospecha de nuevo episodio de Ménière se administra sulpirida intramuscular y se realiza una exploración neurológica obteniendo datos no compatibles con la sospecha inicial por lo que se deriva a urgencias del hospital de área para completar estudios.

Exploración y pruebas complementarias: Palidez cutánea. Exploración neurológica: nistagmus en la mirada horizontal, parálisis facial periférica izquierda, no clara paresia aunque pronación de miembro superior derecho con la elevación de la extremidad, inestabilidad de la marcha con pulsión hacia la derecha, resto normal. Analítica normal. TC cerebral normal. Resonancia magnética cerebral: en secuencia flair se identifica lesión hiperintensa en hemiprotuberancia izquierda, próxima al pedúnculo cerebeloso, que restringe en difusión, sugestiva de lesión de perfil isquémico subagudo.

Juicio clínico: Ictus protuberancial de etiología indeterminada.

Diagnóstico diferencial: Ictus, crisis de Menière.

Comentario final: Los antecedentes del paciente y la clínica por la que consulta nos llevarían al diagnóstico erróneo de una nueva crisis de Ménière, sin embargo, la no mejoría del cuadro tras tratamiento y los datos obtenidos en la exploración neurológica, no concordantes con vértigo periférico, nos llevan a sospechar otro origen de la clínica, que se confirma con la resonancia magnética, un ictus protuberancial. Esto nos debe concienciar acerca de la importancia de realizar una buena anamnesis y exploración física, herramientas fundamentales en atención primaria, que permiten diagnosticar patologías que suponen compromiso para la vida del paciente como en el caso que nos compete.

Bibliografía

1. Zarranz JJ. Neurología, 5ª ed. España. Elsevier; 2013.

2. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.

Palabras clave: Vértigo. Ictus. Protuberancia.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.