Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2304

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/1402 - RECONSULTA POR MAREO E INESTABILIDAD

L. Bernal Martínez[a], L. Cabrera Sánchez[b], I. Carrión Jiménez[c], A. Hernández Molina[d], M. García Pino[e] y M. Báez Encarnación[e]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Espinardo. Murcia. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alberca. Murcia. [d]Medicina Interna. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. [e]Médico de Familia. Centro de Salud La Alberca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 51 años, sin antecedentes de interés, que consulta en urgencias por inestabilidad. El día anterior presentó un episodio con sensación de inestabilidad de 30 minutos de duración con náuseas sin vómitos desencadenado tras giro brusco de cabeza ayer. Sin sensación de giro de objetos. Refiere que caminaba como si fuera borracho. Sin otra focalidad. Mejoró con tratamiento sintomático y fue dado de alta. Esta mañana el paciente se ha levantado con la misma clínica. Sin otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes sin alteraciones. Buen estado general. En la exploración neurológica sólo destaca marcha inestable con ligero aumento de la base de sustentación. Marcha en tándem imposible. Resto sin alteraciones: Consciente y orientado. Lenguaje fluente, sin elementos afásicos. Ligera disartria. Campimetría por confrontación normal. PICNR. MOEs normales. No nistagmus. No asimetría facial. Trigémino normal. Pares bajos normales. Fuerza 5/5 en los 4 miembros. Sensibilidad normal. ROT ++ generalizados. RCPFB. No dismetrías. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación normal. ECG: Ritmo sinusal a 70 lpm. PR normal. QRS estrecho. Rx tórax sin alteraciones. TC craneal Sin hallazgos de patología aguda intracraneal. Infarto lacunar crónico lenticular izquierdo.

Juicio clínico: Probable ictus de territorio vertebrobasilar.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico de vértigo es fundamentalmente clínico. En este caso nos encontramos la dificultad de interpretar la terminología usada por el paciente puesto que tiende a ser muy variada. Es importante definir el tipo, desencadenantes, agravante y duración para diferenciar vértigo periférico de central. En este caso el paciente presenta un desencadenante (giro brusco de cabeza) y cortejo vegetativo típico de vértigo periférico asociado a marcha muy inestable y disartria que inclinan a vértigo central.

Comentario final: El paciente presenta un cuadro compatible de ictus isquémico de territorio vertebrobasilar por lo que se administra dosis de carga AAS y se realiza ingreso a Neurología. Durante su ingreso se realiza RM cerebral y angioRM TSA donde no se confirma el diagnóstico de evento isquémico agudo. Se interpreta como vértigo periférico.

Bibliografía

1. Brancht WT, Barton JJS. Approach to the patient with dizziness. UpToDate.
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.

Palabras clave: Vértigo. Ictus. Inestabilidad.

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