



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

387/147 - ALGO MÁS QUE UN MAREO

G. Durán Román¹, A. Santos Lastra², I. Ostolaza Tazón³, L. Fernández-Vega Suárez⁴, M. Castillo Iglesias¹, P. Corriols Novoa⁵

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino. Castro Urdiales. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Sardinero. Santander. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. Cantabria.⁵Médico Residente de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 77 años que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de vértigo de cinco horas de evolución que debutó en domicilio estando previamente asintomático. Refiere un ruido fuerte y brusco en el de oído izquierdo con aparición de inestabilidad e incapacidad para la deambulación, asociada a sensación de giro de objetos y diplopía binocular horizontal más acusada en visión de lejos. No refiere cortejo vegetativo, cefalea o hipoacusia. No refiere síntomas respiratorios, genitourinarios o gastrointestinales. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 36,3 °C, TAS: 145 mmHg TAD: 80 mmHg, FC: 90 lpm, SATO2: 97%. Consciente y orientado en las tres esferas. Hidratado y perfundido. Normal coloración cutánea y de mucosas. Eupneico. Carótidas: isopulsátiles sin soplos. AC: tonos rítmicos. No soplos. Exploración otoneurológica: Glasgow 15/15. Reflejos oculovestibulares: Nistagmo espontáneo rotatorio superior. Nistagmo evocado rotatorio derecho con la mirada a la derecha que cambia de dirección con la mirada a la izquierda. Cover test negativo. Maniobras oculocefálicas ±. Reflejos vestibuloespiniales: Romberg negativo (se objetiva ampliación de la base de sustentación). Unterberger con giro izquierdo. B-weill no valorables por dificultad para deambulación con marcha atáxica y lateropulsión izquierda. Lenguaje normal. No disartria. Limitación en la abducción del OI. Parálisis facial periférica izquierda grado 1. Campimetría por confrontación normal. No disfagia. No claudica en Barré ni en Mingazzini. Sensibilidad conservada. Analítica Urgencias: glucosa 141 mg/dL, urea 74 mg/dL, creatinina 1,35 mg/dL, filtrado glomerular estimado (CKD-EPI) 52. Multiplicar por 1,159 si individuo de raza negra ml/min/1,73 m². TTPA control 30, fibrinógeno derivado 408 mg/dL. Leucocitos 11,3 × 10³/?L, segmentados 82,0%, linfocitos 14,6%, segmentados 9,30 × 10³/?L. Pruebas radiológicas: estudio de angioTC: las arterias carótidas, vertebrales, basilar y arterias del polígono de Willis son permeables. Arteria vertebral izquierda hipoplásica. Ateromatosis calcificada en la arteria DA, cayado aórtico, bifurcación carotídea y sifones carotídeos. RM: lesión hemiprotuberancia izquierda. Otras pruebas: ETT: dilatación ligera de Ao ascendente.

Juicio clínico: Ictus isquémico vertebro-basilar izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Patología vestibular periférica.

Comentario final: El vértigo es uno de los motivos de consulta más frecuentes dentro de la AP y los Servicios de Urgencias. El objetivo de este caso clínico es resaltar la diferencia entre la patología vestibular periférica y

central. Errar el diagnóstico puede llevar a complicaciones serias que comprometen la situación vital de los pacientes. Resaltar la importancia del protocolo HINTS como herramienta diagnóstica.

Bibliografía

Batuecas-Caletrío A, Yáñez-González R, Sánchez-Blanco C, González-Sánchez E, Benito J, Gómez JC, et al. Vértigo periférico frente a vértigo central: aplicación del protocolo HINTS. Rev Neurol. 2014;59:349-53.